Dr ERNEST MÂREAU

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE

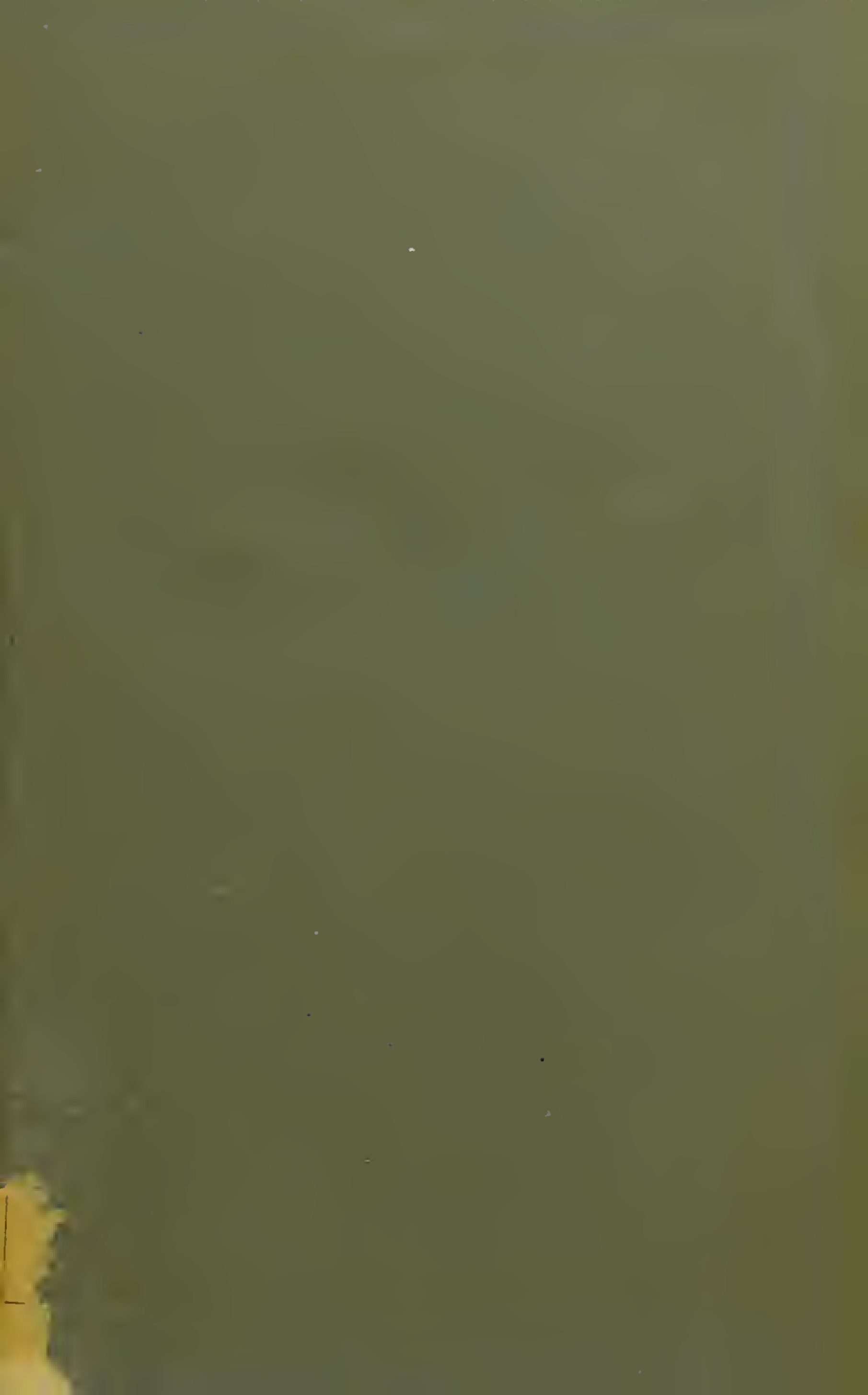
A L'USAGE DES

ASSURANCES SUR LA VIE



PARIS

OCTAVE DOIN ÉDITEUR



6/— 1890 april.

Feb. 26

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE

A L'USAGE DES

ASSURANCES SUR LA VIE

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE

A L'USAGE DES

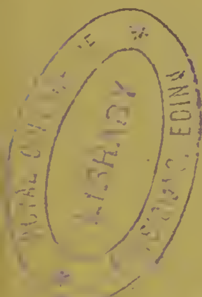
ASSURANCES

SUR LA VIE

PAR

LE Dr ERNEST MÂREAU
Médecin expert de Compagnies d'Assurances.

AVEC UNE PRÉFACE DE M. ÉDOUARD VERMOT



PARIS
OCTAVE DOIN, ÉDITEUR
8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1890

PRÉFACE

Quelle que soit la branche d'opérations à laquelle se livre un assureur, quelle que soit la multiplicité des détails qu'elle comporte, le choix des risques s'impose avant toutes choses à ses préoccupations. C'est là, chacun le sait, la partie la plus délicate de l'œuvre de chaque jour, celle qui met plus particulièrement en jeu le tact professionnel éclairé par une expérience déjà longue à laquelle rien ne peut suppléer.

Cela est encore plus vrai pour l'assurance sur la vie que pour tous les autres genres d'assurances. Il faut malheureusement se hâter d'ajouter que, dans la pratique de cette branche d'opérations, le choix des risques est environné de difficultés qui lui sont propres et qui sont de nature à intimider la confiance la plus présomptueuse.

Dans l'appréciation à faire, il y a place pour la

science du médecin et pour l'expérience professionnelle de l'assureur.

Le médecin, seul compétent procède à son expertise. Ce n'est pas un expert vulgaire: Il ne s'agit pas ici de constatations purement matérielles à propos d'un objet inerte, soumis à des investigations auxquelles il ne saurait dérober rien de lui-même; il s'agit d'un être pensant, agissant, essentiellement mob ıetle en état de transformation perpétuelle. Qui ne voit dès lors ce qu'il faut au médecin de consciencieuse activité d'esprit, de sagacité, de claivoyance dans les rapports à établir entre des renseignements souvent contradictoires arrachés laborieusement la plupart du temps, pour parvenir à définir exactement, non pas seulement l'état actuel du risque, ce qui, au point de vue de l'objet spécial de l'expertise serait insuffisant, mais, ce qui est bien autrement important et délicat, le pronostic à dégager de cet examen relativement aux chances de durée normale réservées à l'évolution fatale qui amène chacun de nous à sa dernière heure.

L'assureur de son côté, éclairé par le médecin auquel il a donné sa confiance, prend conseil de l'expérience acquise dans la pratique journalière des contrats d'assurance sur la vie. Il tient compte

du mobile de l'assurance, de la profession exercée par le proposant, de sa moralité présumée, de celle des intermédiaires qui ont concouru à la conclusion de l'affaire et il détermine sa ligne de conduite d'après l'ensemble de ces considérations.

Après tous ces tâtonnements et si chacun a rempli sa tâche aussi judicieusement que consciencieusement, il ressort une probabilité mais jamais une certitude que le risque est placé dans des conditions normales.

Or, il est facile de le comprendre, cette tâche est assez ardue de part et d'autre pour qu'il y ait un très grand intérêt à mettre à la portée des uns et des autres tous les documents de nature à la bien définir et à la faciliter.

C'est ce qu'a parfaitement compris M. Mâreau en entreprenant une publication dans laquelle il a réuni ces documents et tracé à grands traits les grandes lignes d'une sorte de code médical appliqué à l'assurance.

Je ne saurais avoir la prétention d'apprécier ce livre au point de vue strictement médical; il se recommande d'ailleurs par les mérites incontestés de l'auteur. Mais si la compétence me fait défaut pour insister sur ce point spécial, je me fais un véritable plaisir de signaler aux assureurs

l'excellent parti qu'ils pourront facilement tirer de la méthode suivie dans l'exposition et de l'ordonnance souverainement pratique de ce travail. N'aurait-il pas d'autres mérites, et il en a certainement d'autres, il est appelé à rendre les plus grands services, notamment aux assureurs dont le temps est toujours si limité, et qui, à la minute même où ils en auront besoin, y trouveront sans recherches préalables, un conseil utile ou un développement de nature à leur faire mesurer la portée d'un renseignement puisé à une autre source.

Comme assureur, je ne puis m'empêcher de constater avec une réelle satisfaction et un très vif sentiment de gratitude, cette initiative prise par M. Mâreau pour atténuer l'une des plus sérieuses difficultés que rencontre l'assurance sur la vie.

Edouard VERMOT.

INTRODUCTION

Cet ouvrage d'utilité pratique, résultat d'une expérience quotidienne, s'adresse aux médecins experts et aux directeurs des compagnies d'assurances sur la vie.

Destiné à être consulté et non à être lu tout d'une haleine, nous espérons qu'il pourra donner d'utiles renseignements aux jeunes médecins et qu'il servira parfois d'aide-mémoire aux praticiens plus âgés.

Pour faciliter les recherches, nous avons adopté l'ordre alphabétique. Des divisions par chapitres auraient eu, sans doute, un caractère plus scientifique, mais nous avons préféré la commodité du lecteur à l'aspect imposant de la forme.

Presque tous les articles sont divisés en quatre paragraphes ; le dernier sert de commen-

taires aux trois premiers. Ils sont aussi complets que possible.

— Que doit être l'examen médical au point de vue des assurances sur la vie?

En principe, les compagnies d'assurances sont ouvertes à tous ; seulement, comme elles ne peuvent accepter les contrats trop aléatoires, elles doivent choisir parmi les proposants.

C'est au médecin qu'incombe cette sélection.

Pour la faire avec toute l'indépendance voulue, il est nécessaire qu'il se place en expert et non en praticien, vis-à-vis des personnes qui veulent s'assurer, et qu'il agisse comme s'il était assureur pour son propre compte.

Dans ces conditions, il est évident que le désir de réaliser une affaire l'invite à accepter le proposant, tandis que la crainte de s'aventurer dans une transaction malheureuse l'oblige à rechercher la moindre trace de danger.

Cette qualité d'expert, que nous voulons pour le médecin de compagnies d'assurances, le force, enfin, à se tenir sur ses gardes vis-à-vis des rares proposants qui pourraient avoir une tendance à la dissimulation, et à se récuser toutes les fois qu'il est appelé à donner son avis sur un parent, un ami ou un client.

— C'est, d'abord, de la santé des parents du proposant qu'il faut se préoccuper ; il est nécessaire de savoir à quel âge et à quelle maladie ils ont succombé. L'hérédité des différentes maladies et surtout celle des prédispositions morbides a la plus grande importance en matière d'assurances sur la vie.

Ensuite, il faut questionner le proposant sur ses antécédents pathologiques personnels.

Un grand nombre de maladies n'ont aucune conséquence pour l'avenir, mais quelques-unes peuvent altérer la santé ou rendre le sujet plus vulnérable.

Les principales affections des divers systèmes doivent être passées en revue, puis les maladies infectieuses, les fièvres, etc... La présence de certains symptômes peut mettre le médecin sur la voie d'un diagnostic ; si le sujet paraît en vouloir cacher l'importance ou ne pas en avouer l'existence, il faut l'interroger adroitement, lui adresser des questions insidieuses, différentes dans la forme, mais identiques dans le fond.

Il n'est également pas sans intérêt de s'enquérir de la profession et des habitudes du proposant ainsi que de la santé des personnes avec lesquelles il vit tous les jours.

Beaucoup de professions sont nuisibles à la santé. D'autres, sans être malsaines, obligent à faire des excès, soit par tentation, soit par nécessité.

Tous les excès ont une influence pernicieuse ; les excès alcooliques sont particulièrement dangereux et fréquents. Ce sont eux, surtout, qu'il faut redouter.

L'état de santé des personnes qui vivent avec le proposant n'a pas une importance aussi directe ; néanmoins, il intéresse le médecin expert à cause de la transmission possible d'une maladie contagieuse, notamment de la phtisie pulmonaire.

— Ce n'est qu'après avoir terminé l'interrogatoire que le médecin doit commencer l'examen physique du proposant. Il doit y procéder par une exploration méthodique de chaque appareil.

Du côté de l'appareil respiratoire, il faut s'inquiéter principalement de l'état du larynx (phtisie laryngée), des sommets pulmonaires (tuberculose) et des bases (pleurésies), etc...

Du côté de l'appareil circulatoire, il faut examiner d'abord le cœur, constater s'il est hypertrophié et si ses orifices valvulaires sont lésés.

puis les vaisseaux, vérifier s'ils sont atteints d'athéromasie ou d'un anévrysme, etc...

Tous les appareils doivent être explorés de la même manière : appareils nerveux, digestif, génito-urinaire, cutané, et les divers sens, en particulier ceux de l'ouïe et de la vue.

Cet examen physique du proposant demande un grand tact et une grande réserve de la part du médecin. Lorsqu'il s'agit d'un homme, comme c'est le cas habituel, il ne faut jamais hésiter à le prier de se déshabiller ; mais lorsqu'il s'agit d'une femme, il est difficile de lui demander de retirer ses vêtements en dehors de son corsage.

Cependant, si le médecin a des raisons sérieuses de soupçonner une affection organique grave, nécessitant une exploration plus intime, son devoir l'oblige à laisser tout scrupule de côté et à exiger un examen direct.

Quant aux urines, il faut en faire systématiquement l'analyse, quel que soit le sexe du proposant. Le proposant peut être diabétique ou albuminurique sans le savoir et sans qu'aucun symptôme ne puisse le faire supposer ; d'autre part, il peut vouloir cacher qu'il est atteint de l'une ou l'autre de ces maladies.

Pour cette dernière raison, il convient de faire

uriner le proposant au moment de l'examen médical et de ne jamais accepter les urines apportées dans un flacon. Le médecin peut expliquer qu'il est indispensable d'opérer sur des urines chaudes fraîchement émises, ou bien simuler une maladresse, briser le flacon.

A celui qui déclare ne pouvoir uriner, il peut répondre que la sécrétion urinaire étant constante et égale à 1,500 grammes environ par vingt-quatre heures, la vessie contient forcément 15 grammes d'urine au bout d'un quart d'heure, qu'en conversant quelques minutes il pourra par conséquent obtenir une miction suffisante. Cet argument, peu physiologique, a une apparence scientifique qui ne trouve jamais de réplique.

C'est surtout lorsqu'il est obligé de se rendre au domicile du futur assuré que le médecin doit craindre la supercherie ; rien n'est plus facile, en effet, que de lui remettre de l'urine d'une tierce personne. Dans son cabinet, il n'a pas à compter avec cette difficulté ; toute substitution est évidemment impossible.

— Le rapport médical doit être aussi concis et catégorique que possible. Il faut se garder des réponses dubitatives ou des formules vagues.

Les compagnies ne demandent point à leurs médecins de dissertations savantes; elles les prient seulement de leur dire si la personne qui désire s'assurer est bonne ou mauvaise, et en cette occurrence, pourquoi elle est mauvaise.

Dans le cas où le médecin doute de son diagnostic, ou ne veut pas prendre la responsabilité d'une acceptation ou d'un refus, il doit donner les raisons de ses craintes et laisser toute liberté d'action à la compagnie.

— Les questionnaires adoptés par les compagnies sont tous conçus dans un même esprit; ils diffèrent insensiblement les uns des autres. Les moins compliqués sont les meilleurs; mais nous ne pensons pas, comme quelques médecins, qu'ils pourraient être supprimés sans aucun inconvénient. Il est indispensable, en effet, que le médecin ait un guide qui l'oblige à examiner chaque proposant d'une façon méthodique et complète.

Le questionnaire doit évidemment être en concordance avec l'état de la science; celui qui était parfait hier, peut donc être insuffisant demain.

Actuellement, par exemple, le médecin sait se servir du microscope et des instruments spéciaux, de l'ophtalmoscope et du laryngoscope; il doit

également faire des analyses qualitatives et parfois même quantitatives, ainsi que quelques préparations histologiques. Son instruction est étendue non seulement à la connaissance des maladies spéciales, mais aussi et surtout à celle de la médecine générale et de la pathogénie.

— Nous avons dit précédemment que le médecin attaché à une compagnie d'assurances sur la vie doit se considérer comme un expert et non comme un praticien. Il n'a donc pas à s'inquiéter du secret professionnel en ce qui concerne les déclarations qu'il a à faire dans son rapport. Le proposant n'est pas son client; il n'a qu'à répondre à la compagnie.

Il est évident que le médecin expert ne peut être tenu aux mêmes obligations que le médecin traitant.

— Je ne puis terminer ces lignes sans remercier M. Edouard Vermot de l'aimable préface qu'il a bien voulu écrire en tête de cette publication.

Paris, 20 mars 1890.

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE

A L'USAGE DES

ASSURANCES SUR LA VIE

A

ABCÈS FROIDS

A recevoir. — Tout proposant guéri de gommes scrofuleuses, qu'elles aient laissé ou non des eicatriees.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant atteint de gommes scrofuleuses, à la condition qu'elles soient peu nombreuses et peu vastes, et que l'état diathésique dont elles relèvent ne paraisse pas très vivaee.

A refuser. — Tout proposant atteint d'abcès froids dépendant d'un état scrofulo-tuberculeux très accentué, héréditaire ou non, d'abcès ossifluents ou d'abcès circonvoisins.

OBSERVATIONS

Lorsqu'un proposant est atteint d'abcès froids, il importe, avant tout, de savoir si ces abcès se sont

développés dans le tissu cellulaire (*gommes scrofuleuses; écrouelles*), s'ils proviennent de quelque foyer osseux (*abcès ossifluents*) ou s'ils sont sous la dépendance d'une altération articulaire voisine (*abcès circonvoisins*).

Dans les deux derniers cas, en effet, le refus s'impose ; dans le premier, au contraire, l'acceptation est possible, mais accompagnée de réserves à cause de la nature scrofulo-tuberculeuse de ces abcès.

— Voir les articles : *Adénites chroniques*, *Scrofulose* et *Tuberculose*.

ADDISON (Maladie d')

(MALADIE BRONZÉE)

A refuser.

OBSERVATIONS

Facile à reconnaître dans les périodes d'état et de cachexie, la maladie d'Addison est, au contraire, d'un diagnostic délicat, au début, en raison du caractère insidieux des premiers symptômes. C'est à ce moment, cependant, qu'il est nécessaire de la diagnostiquer : les douleurs épigastriques et lombaires, les troubles gastro-intestinaux, la pigmentation bronzée mettront sur la voie. On recherchera la pigmentation surtout sur la muqueuse des lèvres, à la face interne des joues, sur les petites lèvres, au gland; mais, en se souvenant que ce symptôme peut faire défaut.

Liée à une altération des capsules surrénales et

souvent associée à la tuberculose, cette maladie évolue en deux années, au plus; son pronostic est fatal.

L'homme y est plus exposé que la femme.

— Son maximum de fréquence s'observe entre 20 et 40 ans.

ADÉNIE

Voir l'article : *Leucémie*.

ADÉNITES CHRONIQUES

OBSERVATIONS

Il est fort difficile de donner quelques règles précises sur les conclusions à prendre dans les cas d'adénites chroniques.

La nature de l'adénite peut seule permettre de préjuger de son pronostic; le point important consiste donc à distinguer l'adénite chronique simple, du lymphadénome, de l'adénite tuberculeuse et scrofuleuse, des dégénérescences malignes des ganglions, de l'adénite chancreuse et syphilitique.

On ne peut, effectivement, mettre sur le même rang, ces petites tumeurs grosses au plus comme une noisette, dures, sphériques, indolores et mobiles sous la peau (*adénites chroniques simples*), avec ces masses ganglionnaires énormes (*lymphadénomes*) qu'on voit parfois au cou, à l'aine, à l'aisselle, qui par leur volume seul peuvent amener de graves accidents de compression.

Quant au pronostic des adénites tuberculeuses et scrofuleuses, il dépend uniquement de l'état diathésique, le premier toujours très sérieux, le second un peu moins grave.

Le bubon chancreux ne présente, en général, aucun danger, à moins d'une tendance exceptionnelle au phagédénisme.

L'adénite syphilitique, enfin, n'a d'importance qu'en ce sens qu'elle indique l'intoxication générale de l'économie.

Une grande réserve, même dans les cas les plus bénins en apparence, doit être la règle générale.

— Voir les articles : *Ecrouelles*, *Leucémie*, *Lymphadénie cutanée*, *Scrofulose*, *Syphilis et Tuberculose*.

ADÉNOMES

A recevoir avec réserves. — Tout proposant atteint de monoadénome ne paraissant devoir être grave ni par sa situation, ni par son volume, ni par la possibilité d'une récidive ou d'une généralisation.

A refuser. — 1° Tout proposant atteint de monoadénome pouvant amener des accidents de compression, soit par sa situation, soit par son volume, pouvant récidiver ou se généraliser.

2° Tout proposant atteint de polyadénome.

OBSERVATIONS

Les adénomes (*monoadénomes proprement dits*)

nécessitent la plus grande circonspection dans l'acceptation ou le refus des sujets qui en sont atteints. Si certains adénomes n'ont aucune gravité, il en est d'autres qui récidivent, se généralisent et prennent les allures du cancer. L'adénome, en effet, est une tumeur qui offre la même structure que la glande dans laquelle il prend naissance ; c'est donc, en réalité, une sorte d'épithéliome.

Les adénomes sont fréquents chez la femme, surtout à la mamelle ; on les observe dans les deux sexes, à la parotide.

Les *polyadénomes* doivent toujours être un motif de refus, car ils récidivent, se généralisent et évoluent comme les tumeurs malignes.

— Voir l'article : *Tumeurs*.

ADÉNOMES (polyadénomes) DU FOIE

A refuser.

OBSERVATIONS

Cette affection, encore mal étudiée, doit être une cause de refus pour les proposants qui en sont atteints, à l'égal du carcinome hépatique.

Caractérisée par des douleurs dans l'hypocondre droit, une hypertrophie du foie et des nodosités qu'on peut percevoir par la palpation, cette maladie amène la mort, avec des symptômes analogues à ceux du cancer, en moins de deux années.

— Voir l'article : *Hépatites*.

ADÉNOPATHIE TRACHÉO-BRONCHIQUE

A recevoir avec réserves. — Tout proposant guéri d'une atteinte passagère d'adénopathie bronchique survenue à la suite d'une coqueluche, d'une rougeole ou d'une fièvre typhoïde, etc...

A refuser. — Tout proposant atteint d'adénopathie bronchique.

OBSERVATIONS

D'un diagnostic difficile, au début, cette maladie donne lieu plus tard à des signes objectifs (*toux coqueluchoïde*, etc...) et subjectifs, qui permettent de la reconnaître facilement.

L'adénopathie bronchique étant toujours symptomatique de la scrofule, de la syphilis, du cancer, de la lymphadénie et surtout de la tuberculose, ne doit pas être acceptée par les compagnies d'assurances sur la vie.

Elle est souvent, encore, la conséquence de la coqueluche, de la rougeole ou de la fièvre typhoïde : dans ces cas elle est susceptible de s'amender et même de disparaître avec sa cause déterminante.

— Voir les articles : *Bronchites chroniques* et *Tuberculose*.

ADHÉRENCES DU PÉRICARDE

A refuser.

OBSERVATIONS

Les malades atteints d'adhérences du péricarde ou de symphyse cardiaque sont exposés à l'asystolie ou à la mort subite par syncope.

— Voir l'article : *Péricardite*.

AGE

Voir l'article : *Hérédité*.

AGORAPHOBIE

Voir l'article : *Vertiges*.

ALBUMINURIE

A recevoir. — 1° Tout proposant ayant été atteint d'une *albuminurie transitoire* survenue dans le cours ou en dehors d'une pyrexie, à la condition que cette albuminurie soit disparue depuis longtemps, que sa cause n'ait pas compromis la santé pour l'avenir et qu'elle n'ait aucune possibilité de récidive.

2° Toute femme parvenue à l'âge de la ménopause, par conséquent à l'abri certain d'une nouvelle grossesse, ayant eu autrefois une atteinte d'*albuminurie gravidique* disparue immédiatement et définitivement après l'accouchement.

A recevoir avec réserves. — 1° Tout proposant atteint d'*albuminurie intermittente dite physiologique.*

2° Tout proposant ayant été atteint d'une *albuminurie transitoire* survenue dans le cours ou en dehors d'une pyrexie, disparue depuis longtemps sans avoir laissé la moindre trace, mais dont on peut craindre le retour par une récidive de sa cause.

3° Toute femme non parvenue à l'âge de la ménopause, par conséquent susceptible de devenir enceinte, ayant eu autrefois une atteinte d'*albuminurie gravidique* disparue immédiatement et définitivement après l'accouchement.

A refuser. — Tout proposant atteint d'*albuminurie chronique* ou *aiguë*.

OBSERVATIONS

Il faut distinguer les albuminuries chroniques et les albuminuries transitoires ; les premières (*albuminuries par modification mécanique de la circulation rénale*, *par altération du sang et par lésion rénale ; albuminuries toxiques*) sont un motif absolu et constant de refus; les secondes (*albuminuries des fièvres ; albuminurie gravidique; albuminurie intermittente dite physiologique*) peuvent être acceptées après guérison, avec ou sans réserves suivant les cas. Toute femme guérie depuis longtemps d'une albuminurie gravidique est admissible : mais, si on peut l'admettre sans crainte alors qu'elle n'est plus en âge de devenir enceinte, il ne faut l'accepter qu'avec

réserves dans le cas contraire. Sous l'influence d'une nouvelle grossesse l'albuminurie peut reparaître et devenir permanente avec tous les symptômes du mal de Bright. Quant à l'albuminurie intermittente physiologique, elle ne doit être acceptée par le médecin qu'avec réserves, car si elle ne paraît pas avoir de gravité par elle-même, elle peut en avoir par ses symptômes concomittants qui sont toujours, il est vrai, plus pénibles que graves; de plus, cette variété d'albuminurie indique une certaine faiblesse rénale pouvant ne pas résister aux diverses causes de la néphrite ; enfin, l'albuminurie intermittente est souvent le résultat d'une dilatation de l'estomac.

D'autre part, lorsque l'urine ne renferme que des traces très légères d'albumine et lorsque le sujet ne présente aucun signe pouvant faire songer à une néphrite, il faut toujours avoir présent à l'esprit que cette albumine peut provenir : chez l'homme, de la présence du sperme dans le canal de l'urèthre ou d'une blennorrhagie; chez la femme, d'une blennorrhagie ou d'une leucorrhée abondante. Enfin, l'usage du copahu et du santal produit dans l'urine, après addition d'acide azotique, un précipité résineux blanchâtre qu'il faut se garder de confondre avec celui de l'albumine. — Toutes ces circonstances ne peuvent évidemment pas faire exclure le proposant.

Pour analyser convenablement une urine, au point de vue de l'albumine, il est indispensable de prendre les précautions suivantes : 1° filtrer soigneusement l'urine ; 2° verser une égale quantité d'urine dans deux tubes à expérience; 3° chauffer

l'urine contenue dans l'un de ces tubes jusqu'à ébullition ; 4° laisser refroidir un peu et ajouter cinq à six gouttes d'acide nitrique.

Si l'urine traitée est trouble ou même simplement opaline, comparée à l'urine du tube témoin, il y a de l'albumine. D'ailleurs, il est facile de contrôler par une seconde analyse avec du ferrocyanure de potassium en solution aqueuse et de l'acide acétique cristallisable. Ce réactif est très sensible : on verse dans un peu d'urine froide et filtrée cinq à six gouttes de la solution de ferrocyanure, puis douze à quinze gouttes d'acide acétique ; s'il y a de l'albumine dans l'urine, même des traces très légères, il se produit aussitôt un trouble caractéristique.

Quant au précipité résineux qui se forme dans l'urine des sujets faisant usage de copahu, il suffit, pour ne pas le confondre avec celui de l'albumine, d'ajouter un peu d'alcool qui le fait aussitôt disparaître.

L'urine peut contenir depuis des traces non dosables jusqu'à 20 grammes et plus d'albumine par litre.

L'albumine rétractile (celle qui se précipite en fins grumeaux) doit être considérée comme plus grave que l'albumine non rétractile.

En général, une seule analyse suffit : toutefois, dans le cas d'albuminurie intermittente physiologique, il est utile d'analyser les urines du lever, du coucher, d'avant et d'après les repas, durant un, deux ou trois jours suivant les circonstances.

L'analyse quantitative et la recherche des cylindres

urinaires sont rarement nécessaires puisque la présence seule de l'albumine suffit pour faire rejeter l'assurance d'un proposant.

— C'est entre 40 et 60 ans qu'il succombe le plus d'albuminuriques.

Il meurt en moyenne par an, 13 albuminuriques sur 100,000 habitants.

— Voir les articles : *Lithiase urinaire*, *Néphrites*, *Pyélites*, *Urémie* et *Urine*.

ALCOOLISME

A recevoir. — 1° Tout proposant issu de parents alcooliques, à la condition qu'il soit indemne d'alcoolisme et de névropathie.

2° Tout proposant, ancien alcoolique, qui a renoncé à boire depuis longtemps, et qui ne présente, au moment de l'examen médical, aucun trouble de la santé.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant issu de parents alcooliques, s'il est fort entaché de névropathie ou porté à boire soit par nature, soit par obligation professionnelle.

A refuser. — Tous les alcooliques sans distinction, à la condition, toutefois, qu'ils présentent un ensemble de symptômes ne permettant pas le doute.

OBSERVATIONS

L'alcoolisme a une grande importance au point de vue héréditaire, car non seulement cette intoxication se retrouve très souvent chez les descendants, mais elle devient aussi pour eux la source d'un bon nombre d'affections diverses parmi lesquelles il faut citer, en première ligne, les névroses, même les plus graves.

En général, les alcooliques n'avouent leur vice qu'avec une franchise relative. Il est donc indispensable que le médecin sache comprendre les aveux à demi-mot : une absinthe avouée en suppose généralement trois ou quatre, une bouteille de vin veut bien souvent dire quelques litres. Quant à ceux qui avouent franchement qu'ils ont fait autrefois des excès, mais que depuis longtemps ils ne boivent plus, il faut leur appliquer impitoyablement le classique proverbe « qui a bu, boira » et le rappeler à la mémoire de la compagnie d'assurances.

Il n'est pas sans intérêt de s'enquérir de la nature et de la qualité de la boisson consommée. On suspectera particulièrement les vins et les bières alcoolisés ainsi que toutes les boissons alcooliques qu'on saura pouvoir contenir des alcools de qualité inférieure, comme les liqueurs très aromatiques qui permettent de masquer facilement les alcools de mauvais goût.

L'alcoolisme tend à devenir de plus en plus redoutable par suite de la fabrication artificielle des vins, eaux-de-vie et liqueurs qui se pratique aujourd'hui

sur la plus grande échelle. Ainsi, les essences employées pour donner le bouquet aux vins, connues sous le nom d'huile de vin française ou allemande, sont des poisons actifs; de même le furfurol qui entre dans la composition des eaux-de-vie de grain, d'avoine, de seigle ou d'orge, l'aldéhyde salicylique qui sert à fabriquer le bouquet de l'absinthe, du vermout ou du bitter, et l'aldéhyde benzoïque et benzonitrite qui donnent le goût si recherché de la liqueur de noyau.

D'expériences faites par le Dr Laborde, il résulte que toutes ces substances absorbées en quantité suffisante tuent en déterminant des attaques épileptoïdes ou hystériformes. De là ces phénomènes nerveux si redoutables qu'on observe chez les alcooliques de nos jours.

Nous ne citerons que pour mémoire les pituites matinales si caractéristiques, l'expression spéciale du visage (regard mouillé), le tremblement fibrillaire des lèvres, et les rêves professionnels. Ces divers symptômes sont trop connus pour que nous insistions.

Les gens des pays froids sont plus enclins à boire que ceux des pays chauds ou tempérés.

Certaines professions sont presque condamnées à l'alcoolisme forcé, il faut citer : d'abord, celle de marchand de vin, ensuite, toutes celles qui obligent à supporter de fortes chaleurs ou de rudes travaux, comme les métiers de boulanger, de cuisinier, de chauffeur, de forgeron, de maçon, de charpentier, etc., puis, les professions qui obligent à boire pour faire des affaires, comme celle de commis-voyageur, enfin,

les militaires et en particulier ceux qui sont retraités. — Les statistiques de certaines compagnies anglaises d'assurances sur la vie démontrent qu'il existe une différence importante dans la longévité des personnes qui s'abstiennent d'alcool et de celles qui en font un usage modéré.

La *United Kingdom temperance and General Provident Institution* qui rejette systématiquement tout sujet suspect d'alcoolisme a constaté en 21 ans 5,621 décès dans la section des buveurs modérés (il en avait été prévu 5,785) et 2,579 décès dans la section des abstinents (il en avait été prévu 3,655). Le nombre des décès des abstinents est donc de 26 p. 100 au-dessous du chiffre prévu. Les bonis encaissés par les abstinents ont été de 24 p. 100 plus élevés que ceux des buveurs modérés.

D'après une statistique basée sur l'examen de 4,234 décès, la *British medical Association* classe ainsi les buveurs au point de vue de la durée moyenne de leur existence :

1° *Total abstainers* (abstinents absolus) : 51 ans, 22 jours;

2° *Habitually temperate drinkers* (buveurs modérés) : 63 ans, 13 jours;

3° *Careless drinkers* (buveurs par imprudence) : 59 ans, 67 jours;

4° *Free drinkers* (buveurs habituels) : 57 ans, 59 jours;

5° *Decidly imperate drinkers* (ivrognes) : 53 ans. 13 jours.

Les abstinents vivraient donc, fait étrange, moins

longtemps que les ivrognes. Nous croyons, néanmoins, que les compagnies feront bien de ne pas s'en rapporter à cette curieuse statistique.

— C'est entre 35 et 50 ans qu'il succombe le plus d'alcooliques.

Il meurt en moyenne par an, 10 alcooliques sur 100,000 habitants. Sur 100 alcooliques adultes, des deux sexes, il en succombe environ 12 par an; sur 100 hommes alcooliques, on compte 12 décès annuels; sur 100 femmes, 9 décès.

ALIÉNATION MENTALE

Voir l'article : *Folie.*

AMAUROSE

(AMBLYOPIE)

OBSERVATIONS

L'amaurose, ou la perte de la vision en dehors de toute lésion ophthalmoscopique appréciable, ne présente d'intérêt que par sa cause. Tout sujet atteint d'amaurose doit donc être reçu ou refusé suivant l'importance de cette cause.

L'amaurose est due, tantôt à une intoxication par l'alcool, le tabac, l'opium, le plomb ou le sulfure de carbone, tantôt à l'anémie, à l'hystérie ou à l'épilepsie, et plus souvent à une lésion cérébrale (hémorrhagie, tumeur, exostose, gomme, etc...)

AMÉNORRHÉE

OBSERVATIONS

Lorsqu'une femme aménorrhéique désire contracter une assurance sur la vie, le médecin chargé de l'examiner doit s'enquérir de la cause de cette aménorrhée, car c'est de cette cause seule que peut dépendre la conclusion du rapport médical.

On se souviendra, d'abord, que l'aménorrhée existe physiologiquement pendant la grossesse et la lactation ainsi qu'aux approches de la ménopause. L'aménorrhée par grossesse exige l'ajournement momentané; les deux autres cas permettent l'assurance.

L'aménorrhée peut être la conséquence du nervosisme et en particulier de l'hystérie, d'une impression morale ou physique vive (peur, colère, contrariété), de l'immersion subite dans l'eau froide ou de l'ingestion d'une boisson glacée. En général, ces diverses circonstances ne sont pas des motifs de refus.

En troisième lieu, l'aménorrhée peut être le résultat d'une absence congénitale ou opératoire, soit des ovaires, soit de l'utérus (*aménorrhée radicale*).

L'imperforation de l'hymen, du vagin ou du col de l'utérus détermine également l'aménorrhée (*aménorrhée par rétention du flux cataménial*). Les accidents qui se produisent à l'époque des règles et surtout l'examen direct des organes génitaux permettent d'établir le diagnostic (imperforation congénitale

par cicatrices, brides, corps fibreux obstruant le col, etc...).

Certaines maladies de l'utérus ou de ses annexes peuvent encore produire l'aménorrhée, en particulier la métrite parenchymateuse chronique, la pelvi-péritonite chronique, l'hématocèle, etc...

Enfin, l'aménorrhée est habituelle dans le cours de presque toutes les maladies aiguës et surtout des affections générales cachectiques, comme la chloro-anémie, la tuberculose, le cancer, la syphilis, le mal de Bright, le diabète, la maladie de Basedow. Parfois, chaque époque menstruelle est remplacée par un écoulement leucorrhéique abondant (*règles blanches*).

Dans la plupart de ces cas, l'aménorrhée ne peut prêter qu'à des considérations générales ; c'est au médecin à apprécier la valeur pronostique de chacun d'eux.

— Voir les articles : *Dysménorrhée*, *Grossesse* et *Leucorrhée*.

AMNÉSIE

Voir les articles : *Parole* (*troubles de la*) et *Ramollissement*.

ANASARQUE

Voir les articles : *Hydropisie* et *Œdème*.

ANÉMIE

A recevoir. — 1° Tout proposant atteint d'anémie légère, conséeutive à une maladie aiguë guérie ou à une perte de sang accidentelle (un flux hémorrhoïdal, par exemple), à la condition que cette anémie ne caehe derrière elle aucun état grave.

2° Toute femme atteinte de ehloro-anémie bien soignée et en voie de guérison, survenue sous l'influence de modifications profondes dans les fonetions de reproduction (jeunes filles atteintes de ehloro-anémie, au moment de la puberté, sans qu'il y ait trace de tare héréditaire ; femmes, à l'époque de la ménopause, ayant des organes génitaux d'une intégrité absolue).

A recevoir avec réserves. — 1° Tout proposant atteint d'anémie doublée de névropathie et causée soit par des privations ou des fatigues, soit par des excès répétés.

2° Toute femme atteinte d'anémie eonsécutive à de nombreuses grossesses, à la lactation prolongée ou à des maladies utérines ehroniques.

3° Toute femme atteinte de chloro-anémie, qu'il s'agisse d'une jeune fille au moment de la puberté ou d'une femme à l'âge de la ménopause, si les parents de cette jeune fille ont été profondément et longtemps ehlorotiques, si eette femme est atteinte d'un affection utérine chronique.

4° Tout homme atteint de chloro-anémie.

A refuser. — 1° Tout proposant atteint de chloro-anémie permanente, constitutionnelle ou héréditaire.

2° Tout proposant atteint d'anémie, si cette anémie dépend d'une maladie chronique grave ou impossible à supprimer : anémie consécutive au cancer, à la tuberculose, au diabète, à la syphilis, etc...

3° Tout proposant atteint d'anémie pernicieuse progressive (anémie de Gusserow et Biermer).

4° Tout proposant, ouvrier mineur, atteint d'anémie avec ou sans traces d'alcoolisme.

OBSERVATIONS

L'anémie n'a guère d'importance lorsqu'elle est purement accidentelle ; elle devient très sérieuse, au contraire, lorsqu'elle est sous la dépendance d'un état grave de l'organisme (cancer, tuberculose, diabète, syphilis, alcoolisme, etc...). Il est donc indispensable que le médecin commence par établir le diagnostic de la cause réelle de l'anémie dont est atteint le sujet qu'il a à examiner.

En dehors des cas de chloro-anémie qui relèvent d'une maladie générale sérieuse, il faut encore tenir en suspicion l'anémie dans laquelle l'hérédité semble jouer un rôle : l'anémie de l'homme qui masque souvent un état insidieux grave ; puis, l'anémie pernicieuse progressive qui survient vers 30 ou 40 ans.

Enfin, il faut se souvenir que l'anémie des mineurs, causée le plus souvent par la présence d'ankylostomes dans le duodénum, a une gravité toute spé-

ciale; la vie souterraine et surtout l'alcoolisme habituel à ce métier en font une affection redoutable.

Il ne faut pas confondre les bruits de souffle de l'anémie avec ceux qui résultent d'une cardiopathie; ces derniers, en effet, sont un motif absolu de refus, tandis que les premiers ne peuvent être, tout au plus, qu'une cause d'ajournement.

Lorsqu'un proposant présente, à l'auscultation, un bruit de souffle anémique, il faut en prévenir la compagnie d'assurances et toujours formuler des réserves au sujet de l'acceptation.

Le diagnostic différentiel des bruits de souffle causés par l'anémie ou par une lésion valvulaire est parfois très délicat. Les bruits de souffle anémique sont des bruits extra-cardiaques qui ont leur siège dans les lames pulmonaires situées entre le péricarde et la cavité thoracique; au moment de la contraction ventriculaire, il se produit un écartement des parois du cœur et du thorax assez brusque pour que l'air aspiré par la partie du poumon qui vient combler le vide détermine un bruit de souffle. En outre, ces bruits sont toujours plus superficiels que ceux des lésions valvulaires, plus faciles à limiter et sans aucune expansion ; ils peuvent siéger au niveau des quatre orifices, mais c'est surtout à l'orifice de l'artère pulmonaire (à la gauche du sternum au niveau du deuxième espace intercostal) qu'ils s'observent le plus souvent; viennent ensuite, par ordre de fréquence, le bruit de souffle anémique tricuspidien (à l'appendice xyphoïde), le bruit de souffle anémique aortique et bien plus rarement le bruit de

souffle anémique mitral (au-dessus de la pointe dans le troisième espace intercostal).

C'est principalement l'absence ou l'existence du phénomène d'expansion qui permet de différencier les souffles extra et intra-cardiaques.

Les bruits de souffle de l'orifice aortique se propagent dans la direction de l'aorte et des carotides; le souffle du rétrécissement est systolique, celui de l'insuffisance est diastolique et s'accompagne d'un bondissement spécial du pouls (pouls de Corrigan) ainsi que d'un double bruit de souffle crural (Duroziez). — Les bruits de souffle de l'orifice mitral se propagent dans la direction de l'aisselle ; le souffle du rétrécissement est diastolique avec renforcement présystolique et dédoublement du second bruit, celui de l'insuffisance est systolique et se manifeste avec son maximum d'intensité dans le quatrième espace intercostal.

Les bruits de souffle de la chlorose, au contraire, meurent sur place sans se propager; de plus, ils diminuent d'intensité ou disparaissent lorsqu'on fait passer le sujet de la station couchée à la station assise, ce qui est précisément l'opposé pour les bruits de souffle organique.

Quant au souffle doux, anémique, de la jugulaire, il disparaît par la compression du stéthoscope, ce qui n'a pas lieu pour le souffle artériel, systolique des lésions cardiaques.

En général, les souffles ne manquent pas dans la chlorose ; il faut donc considérer comme suspecte toute chlorose sans souffle.

D'autre part, l'existence d'un souffle ne suffit pas pour apprécier le degré de l'anémie, notamment chez les sujets qui, au lieu d'être pâles, sont colorés de visage (*chlorosis fortiorum*). Il est indispensable, le plus souvent, de compter le nombre des globules sanguins au moyen de l'hématimètre de Hayem et de connaître la proportion d'hémoglobine qu'ils renferment, en se servant du chromomètre de Hayem ou du colorimètre de Malassez.

Le sang, à l'état sain, contient environ 4,500,000 globules rouges chez l'homme et 4,000,000 chez la femme, par millimètre cube de sang ; au-dessous de ces chiffres, il y a anémie. Dans les cas graves, le nombre des globules peut descendre jusqu'à 300,000.

Mais, il importe en outre de connaître la proportion d'hémoglobine renfermée dans ces globules, car l'abaissement du chiffre de l'hémoglobine constitue, en réalité, l'altération fondamentale de la chlorose. Un petit nombre de globules très riches en hémoglobine peut ne pas constituer une chlorose plus sérieuse qu'un chiffre normal de globules avec une grande diminution d'hémoglobine ; c'est, en effet, l'hémoglobine qui renferme le fer, véhicule de l'oxygène. Le sang normal contient en moyenne 14 à 15 p. 100 d'hémoglobine ; dans l'état pathologique, il peut n'en retenir que 6, 5 et même 4 p. 100.

L'utilité de la recherche du chiffre de l'hémoglobine se montre encore lorsqu'il s'agit d'établir le diagnostic différentiel entre la chlorose vraie et certaines cachexies, notamment la tuberculose initiale ; en règle générale, le chiffre de l'hémoglobine ne des

cend jamais aussi bas (9 p. 100) dans les maladies générales que dans la chlorose grave (6, 5 et 4 p. 100).

— En dehors des maladies intercurrentes, la mort est exceptionnelle dans la chloro-anémie ; elle ne survient que dans les cas assez rares où la maladie revêt une marche rapide. Sur 100 anémiques adultes, des deux sexes, il en succombe environ 1 par an ; sur 100 hommes anémiques, on compte 6 décès annuels ; sur 100 femmes, 1 décès.

— Voir les articles : *Chlorose*, *Lésions valvulaires* (pour le diagnostic des souffles) *et Leucémie* (pour la numération des globules).

ANÉVRYSMES

A recevoir avec réserves. — Tout proposant atteint d'anévrysme artério-veineux, si les conditions exposées aux observations sont remplies.

A refuser. — 1° Tout proposant atteint d'un anévrysme circonscrit de l'aorte, du tronc brachio-céphalique, de la carotide, de la sous-clavière, de l'axillaire, de la brachiale, des artères de l'avant-bras et de la main, de l'iliaque externe, de la fémorale, de la poplitée, des artères de la jambe et du pied, etc...

2° Tout proposant atteint d'anévrysme diffus.

3° Tout proposant atteint d'anévrysme cirsoïde.

OBSERVATIONS

En principe, il faut refuser tous les proposants atteints d'anévrysme, même s'il s'agit d'un anévrysme artério-veineux.

Mais comme quelques anévrysmes artério-veineux restent stationnaires durant de longues années, cette variété peut être acceptée lorsque la tumeur est peu volumineuse et située sur une région exempte de danger. Toutefois, le médecin ne doit conclure à l'acceptation qu'avec réserves et dégager sa responsabilité vis-à-vis de la compagnie d'assurances, en lui faisant connaître que cet anévrysme peut se compliquer d'anévrysme diffus consécutif, se transformer en anévrysme artériel circonscrit, et exceptionnellement s'ouvrir.

— C'est entre 40 et 70 ans que la mortalité est la plus élevée.

La moyenne annuelle des décès par anévrysmes est de 9 sur 100,000 habitants.

ANGINE DE POITRINE

A recevoir. — Tout proposant, absolument sain, mais né d'un père atteint ou mort d'angine de poitrine.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant non angineux, mais atteint, même à un faible degré,

de rhumatisme, de goutte, d'hystérie, de tabagisme, ou bien présentant quelques symptômes capables de faire craindre une cardiopathie future, s'il est né d'un père atteint ou mort d'angine de poitrine.

A refuser. — Tout proposant atteint d'angine de poitrine essentielle ou symptomatique.

OBSERVATIONS

Jusqu'ici on n'a rien pu observer de préeis sur le rôle de l'hérédité dans l'étiologie de l'angine de poitrine.

Cette affection est plus fréquente dans les pays froids et humides (Angleterre et Allemagne) que dans les pays chauds ou tempérés (France et Italie).

L'homme y est dix fois plus exposé que la femme ; il faut donc, toutes choses égales d'ailleurs, se montrer plus sévère pour l'admission d'un proposant du sexe masculin que d'un proposant du sexe féminin.

L'angine de poitrine est assez commune ehez les rhumatisants, les goutteux, les sujets atteints d'artério-sclérose, les cardiaques (surtout les aortiques), les fumeurs et les hystériques ; il importe de tenir compte de l'influence spéciale de ces diverses maladies, surtout chez les personnes nées de parents angineux.

Par contre, il est inutile de se préoecuper de la nature de l'angine de poitrine, de savoir si elle est essentielle ou symptomatique, car elle nécessite toujours le refus ; le diagnostic entre ces deux variétés

est trop délicat pour que le médecin puisse conseiller à une compagnie d'assurances de courir un risque aussi périlleux.

— C'est entre 40 et 70 ans qu'il succombe le plus d'angineux.

Il meurt, en moyenne par an, 2 angineux sur 100,000 habitants.

ANGIOMES

A recevoir. — Tout proposant atteint d'angiome cutané ou sous-cutané.

A refuser. — Tout proposant atteint d'angiome hémorrhagique ou envahissant.

OBSERVATIONS

Les angiomes sont des tumeurs bénignes qui ne récidivent et ne se généralisent pas.

Les formes cutanées et sous-cutanées peuvent être admises sans réserves, à moins qu'elles ne donnent lieu à des hémorrhagies abondantes et répétées, ou qu'elles aient, par exception, une tendance à s'accroître. Dans de semblables conditions, les tumeurs érectiles doivent être considérées comme incompatibles avec l'assurance sur la vie.

Quant aux angiomes profonds, ils restent toujours inconnus jusqu'à l'autopsie.

— Voir l'article : *Tumeurs*.

ANKYLOSTOME DUODÉNAL

Voir l'article : *Entozoaires*.

ANTHRAX

OBSERVATIONS

L'existence d'un anthrax dans le passé pathologique d'un proposant doit faire craindre le diabète. — Voir l'article : *Furonculose*.

ANUS CONTRE NATURE

Voir l'article : *Hernies*.

AORTITE CHRONIQUE

Voir l'article : *Athéromasie*.

APHASIE

Voir les articles : *Parole* (*troubles de la*) et *Ramollissement cérébral*.

APOPLEXIES

Apoplexie cérébrale. — Voir les articles : *Congestion cérébrale* et *Hémorrhagies cérébro-spinales*.

Apoplexie pulmonaire. — Voir les articles : *Congestion pulmonaire* et *Hémoptysies*.

ARSÉNICISME

A recevoir. — Tout proposant ayant été atteint d'arsénicisme léger, à la condition qu'il soit tout à fait guéri et que la cause de son empoisonnement n'existe plus au moment de l'examen médical.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant ayant été atteint d'arsénicisme intense, caractérisé par des troubles digestifs oculaires (*blépharo-conjonctivite*) et cutanés (*érythèmes*, *papules*, *vésicules et pustules*), à la condition qu'il soit tout à fait guéri et que la cause de son empoisonnement n'existe plus au moment de l'examen médical.

A refuser. — Tout proposant intoxiqué ou ayant été gravement intoxiqué par l'arsenic, que la cause de cet empoisonnement soit ou non disparue.

OBSERVATIONS

L'arsénicisme chronique peut être causé par l'abus thérapeutique des préparations arsenicales, mais le plus souvent il est le résultat d'une intoxication professionnelle.

Les individus les plus exposés sont : les ouvriers des mines et des fabriques d'arsenic, ceux qui manient le vert de Schweinfurt (fleuristes; ouvriers des

manufactures de papiers peints), les ouvriers des fabriques de rosaniline, substance qui dérive de la nitro-benzine et sert à la fabrication des couleurs de fuchsine, d'aniline, etc..., les tanneurs et les corroyeurs qui débourrent les peaux avec un mélange de chaux caustique et de sulfure d'arsenic, les ouvriers qui préparent les peaux pour la confection des chapeaux.

L'arsénicisme devient grave, et par suite incompatible avec l'assurance sur la vie, dès qu'il est caractérisé par des troubles nerveux (fourmillements dans les membres, céphalalgies, névralgies, paralysies locales variables), des troubles nutritifs et de la cachexie.

ARTÉRITE CHRONIQUE

Voir l'article : *Athéromasie.*

ARTHRITE SÈCHE

Voir l'article : *Rhumatismes chroniques.*

ARTHRITISME

A recevoir. — 1° Tout proposant non entaché d'arthritisme, mais né de parents ayant eu des manifestations arthritiques légères ou graves.

2° Tout proposant arthritique, à la condition qu'il ne présente que des manifestations sans importance.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant atteint de manifestations arthritiques bénignes, s'il est né de père et mère gravement entachés d'arthritisme et si ses plus proches parents (frères, sœurs, oncles ou tantes) en sont également atteints.

A refuser. — Tout proposant atteint de manifestations arthritiques graves.

OBSERVATIONS

L'hérédité joue un rôle immense dans l'arthritisme. Il faut donc rechercher avec le plus grand soin les nombreuses manifestations de cet état constitutionnel chez tous les sujets dont les parents ont été ou sont arthritiques.

L'arthritisme héréditaire se manifeste de bonne heure, vers l'âge de 15 à 20 ans ; toutefois, certaines formes graves, comme le diabète, ne se montrent guère qu'à partir de 40 ou 45 ans. Au delà de 50 ans, l'arthritisme héréditaire n'est plus à craindre.

Comme l'arthritisme est le résultat du ralentissement de la nutrition, on conçoit aisément que ses limites doivent être très vagues. Aussi le nombre des arthritiques est-il considérable ; on ne peut les refuser tous, car, dans ce cas, on n'accepterait pour ainsi dire personne.

L'admission doit être la règle pour les manifestations bénignes, et le refus pour les manifestations graves. Parmi les premières on peut citer : les douleurs musculaires vagues (torticolis, lumbagos), les

migraines, les névralgies, l'eezéma léger et limité, la ealvitie, les arthritides superfieielles et fugaees, l'arthrite sèehe légère et sans eomplieation eardiaque, ete...; parmi les secondes: la goutte, le rhumatisme artieulaire aigu ou ehronique, l'asthme, les lithiases biliaire et urinaire, le diabète, ete...

ASCITE

A refuser.

OBSERVATIONS

L'aseite est une affeetion qui relève toujours d'une altération grave de la santé; elle n'est done eompatible dans aueun cas avee l'assurance sur la vie, même si elle est guérie en apparence.

Lorsque le médeein est amené à soupeonner l'existenee d'une ascite antérieure ehez un proposant, il doit l'interroger à ee sujet, l'examiner avec le plus grand soin, et rechereher s'il n'existe pas sur l'abdomen une ou plusieurs traees révélatriees de ponetion.

Quant à ceux qui sont atteints d'aseite, il ne peut en être question iei, car il leur est impossible de songer à s'assurer.

ASPHYXIE LOCALE DES EXTRÉMITÉS de Maurice Raynaud.

(GANGRÈNE SYMÉTRIQUE DES EXTRÉMITÉS)

A recevoir. — Tout proposant du sexe maseu-

in, âgé de plus de 40 ans, guéri depuis longtemps d'une légère atteinte d'asphyxie locale des extrémités.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant âgé de 25 à 30 ans, s'il s'agit d'un homme, et de 35 à 40 ans, s'il s'agit d'une femme, guéri depuis longtemps d'une atteinte d'asphyxie locale des extrémités, avec ou sans gangrène consécutive.

OBSERVATIONS

En général, on peut recevoir tous les sujets qui ont été atteints d'asphyxie locale des extrémités, car cette maladie se termine presque toujours par la guérison, même lorsqu'elle s'accompagne de gangrène. Cependant, il est prudent de formuler des réserves à cause de la fréquence des récidives.

Cette maladie est beaucoup plus commune chez la femme que chez l'homme ; la sévérité du médecin doit donc varier suivant le sexe du proposant. L'âge joue aussi un rôle important : c'est entre 25 et 30 ans que s'observe le plus grand nombre de cas ; passé 35 et surtout 40 ans, l'asphyxie locale des extrémités devient exceptionnelle.

Le froid, l'impaludisme, le nervosisme, sont autant de causes prédisposantes.

Quant aux proposants qui souffrent de crises d'asphyxie au moment même de l'examen médical, il faut ajourner ceux qui ont de la gangrène, et laisser à la compagnie d'assurances la liberté d'accepter ou

d'ajourner ceux qui n'ent ont pas, en exposant le pour et le contre dans le rapport.

— Voir l'article : *Gangrène*,

ASTHME

A recevoir. — Tout proposant issu de parents asthmatiques, s'il est sain et âgé de plus de 30 ans.

A recevoir avec réserves. — 1° Tout proposant issu de parents asthmatiques, s'il est sain et âgé de moins de 30 ans.

2° Tout proposant issu de parents asthmatiques, âgé de plus de 30 ans, mais atteint d'une manifestation diathésique sans importance relevant de l'asthme des parents (migraine, arthritisme léger, etc.).

A refuser. — 1° Tout proposant issu de parents asthmatiques, non asthmatique lui-même, mais atteint d'une manifestation diathésique similaire grave (rhumatisme, goutte, troubles cardio-pulmonaires variés, etc.).

2° Tout proposant atteint d'asthme essentiel ou organique.

OBSERVATIONS

L'hérédité joue un rôle assez important dans l'étiologie de l'asthme ; mais, comme cette affection est essentiellement diathésique, elle ne se transmet pas toujours sous la même forme.

En d'autres termes, ce n'est pas l'asthme qui est

héréditaire, mais bien l'état diathésique dont il dépend.

Les manifestations diathésiques sans gravité peuvent être acceptées, celles qui sont sérieuses doivent être refusées.

L'asthme héréditaire se montre de bonne heure : généralement entre 15 et 25 ans.

Quant aux asthmatiques eux-mêmes, il faut toujours les refuser, car ils sont presque constamment emphysémateux ou cardiopathes ; quelques-uns vivent très vieux, peu importe, l'exception confirme la règle.

Il ne faut pas même accepter les sujets qui semblent n'être atteints que d'asthme essentiel : le danger à courir pour la compagnie d'assurances est trop hasardeux.

— C'est de 50 à 80 et surtout de 55 à 75 ans, qu'il succombe le plus d'asthmatiques.

Il meurt en moyenne par an, 13 asthmatiques sur 100,000 habitants.

— Voir l'article : *Emphysème pulmonaire.*

ASYSTOLIE

A refuser.

Voir l'article : *Lésions valvulaires.*

ATAXIE LOCOMOTRICE

A recevoir. — Tout proposant né de parents

tabétiques, s'il est sain (sans traces de syphilis, de rhumatisme ou de phénomènes nerveux), âgé au moins de 40 ans et non entouré de parents (frères, sœurs, oncles, tantes) ataxiques ou gravement névrosés.

A recevoir avec réserves. — 1° Tout proposant né de parents tabétiques, s'il est sain (sans traces de syphilis, de rhumatisme ou de phénomènes nerveux), âgé au moins de 40 ans et entouré de parents (frères, sœurs, oncles tantes) ataxiques ou gravement névrosés.

2° Tout proposant né de parents tabétiques, s'il est depuis longtemps et à un faible degré syphilitique ou rhumatisant, âgé au moins de 40 ans et non entouré de parents (frères, sœurs, oncles, tantes) ataxiques ou gravement névrosés.

A refuser. — 1° Tout proposant né de parents tabétiques, non tabétique lui-même, s'il est atteint de rhumatisme articulaire franc, de syphilis intense ou de névrose grave.

2° Tout proposant atteint d'ataxie locomotrice, fût-il à la première période de cette maladie.

OBSERVATIONS

L'hérédité joue un rôle important dans l'étiologie de l'ataxie locomotrice.

L'ataxie locomotrice héréditaire se déclare tou-

jours entre 20 et 40 ans; passé cet âge, elle n'est presque plus à craindre.

L'homme y est bien plus exposé que la femme. La sévérité dans l'acceptation doit donc varier suivant le sexe.

La syphilis, le froid (rhumatisme), les excès vénériens sont des causes éminemment favorables au développement du tabès et dont il faut tenir le plus grand compte.

L'ataxie peut durer 15 à 20 ans, mais elle évolue généralement beaucoup plus vite; en tous les cas jamais elle ne rétrograde. La marche plus ou moins rapide des premiers symptômes permet souvent de prévoir la durée totale de la maladie.

Il est indispensable de rechercher soigneusement chez chaque proposant toute trace d'ataxie; les symptômes du début restent souvent cachés pendant 7 et 8 ans avant d'être suivis par ceux de la période d'incoordination. Ces symptômes consistent principalement en douleurs fulgurantes, paralysie des oculomoteurs, amblyopie (à l'ophtalmoscope, la papille est atrophiée, nacrée sans transparence), crises gastriques spéciales, troubles génito-urinaires (mictions fréquentes, satyriasis) et disparition du réflexe tendineux de la rotule.

— C'est de 45 à 70 et surtout de 50 à 60 ans, que s'observe le plus grand nombre de décès par ataxie locomotrice.

Il meurt en moyenne par an, 9 ataxiques sur 100,000 habitants.

— Voir les articles : *Maladie de Friedreich* et *Myélites chroniques*.

ATHÉROMASIE

A refuser.

OBSERVATIONS

L'athéromasie est une cause absolue de refus ; il faut donc la rechercher avec soin chez tous les sujets susceptibles d'en être atteints : alcooliques, goutteux, rhumatisants (surtout ceux qui ont du rhumatisme fibreux), paludéens, saturnins, gros fumeurs, vieillards, etc.

Les maladies infectieuses (rougeole, varicelle, coqueluche, diphtérie, fièvre typhoïde, tuberculose, variole, pneumonie, etc.) jouent également un certain rôle dans l'évolution de l'artério-sclérose.

Enfin, l'athéromasie étant avant tout une maladie constitutionnelle, l'hérédité a une grande importance dans son étiologie. Il n'est pas rare d'observer la sclérose des artères chez les descendants de sujets morts de cette maladie ou d'une de ses manifestations (cirrhoses viscérales diverses).

Pour constater l'existence de l'athéromasie, il est indispensable d'explorer les artères radiales et temporales, afin de vérifier si elles sont souples ou, au contraire, dures et sinueuses.

Dans les cas douteux, on peut avoir recours à l'emploi du sphygmographe ; si les artères sont sclé-

rosées, la ligne d'ascension du tracé sphygmographique se termine toujours, au sommet, par un *plateau* caractéristique.

Ajoutons que les sujets atteints d'artério-sclérose présentent souvent du gérontoxon.

ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE

A recevoir avec réserve. — Tout proposant issu de parents morts ou atteints d'atrophie musculaire progressive, s'il est indemne de nervosisme et non exposé à des fatigues musculaires quotidiennes exagérées.

A refuser. — 1° Tout proposant névrosé ou même absolument sain, s'il est né de parents morts ou atteints d'atrophie musculaire progressive, et s'il a un frère ou une sœur également atteints de cette maladie.

2° Tout proposant atteint d'atrophie musculaire progressive.

OBSERVATIONS

L'hérédité joue un rôle si important dans l'étiologie de l'atrophie musculaire progressive, qu'on a pu dire de cette affection qu'elle était une *maladie de famille*.

Elle s'observe à tous les âges, dans l'enfance, l'âge adulte et dans la vieillesse ; mais l'homme, y est beaucoup plus exposé que la femme.

La durée de l'atrophie musculaire progressive est fort longue ; elle varie entre 2 et 15 années. Sa terminaison est fatale.

— On observe, en moyenne, par an, une proportion de 9 décès sur 100,000 habitants.

ATROPHIE UNILATÉRALE DE LA FACE

Voir l'article : *Paralysies*.

AVORTEMENT

A recevoir. — Toute femme qui a souvent avorté, si elle a dépassé l'âge de la ménopause.

A refuser. — Toute femme sujette aux avortements répétés, si elle est encore en âge de devenir enceinte.

OBSERVATIONS

Il est impossible de formuler des règles précises au sujet du pronostic d'un avortement, en ce qui concerne la mère.

Cependant, le médecin chargé d'examiner une femme sujette aux avortements, ne doit pas en conseiller l'acceptation si elle est encore réglée.

Dans les cas les plus favorables, il est même nécessaire que le médecin formule des réserves.

L'acceptation ne peut être absolue que si la femme a dépassé l'âge de la ménopause.

Pour une veuve, il faut encore formuler des réserves bien que les risques à courir soient théoriquement moins grands ; la veuve peut n'être pas inconsolable.

Quant au refus, il doit être d'autant plus net que la femme paraît plus prédisposée aux avortements, soit par nature, soit par profession : femmes pléthoriques, hémophiliques et surtout syphilitiques (la syphilis doit être mise en cause alors même qu'elle n'existe que chez le mari). Le saturnisme, les empoisonnements par le tabac, le sulfure de carbone (ouvrières en caoutchouc soufflé), l'oxyde de carbone (cuisinières) favorisent également les avortements.

— Voir les articles : *Dystocie* et *Grossesse*.

AZOTURIE

A refuser.

OBSERVATIONS

L'azoturie ou diabète azoturique est une des formes les plus graves du diabète insipide.

L'urine, on le sait, ne contient dans ce cas, ni sucre, ni albumine, mais renferme une grande quantité d'urée (jusqu'à 100 grammes et plus, au lieu de 25 grammes, chiffre normal) et beaucoup d'acide urique (8 et 10 grammes au lieu de 40 et 80 centigrammes, chiffre habituel).

La recherche de l'urée peut se faire suivant un certain nombre de méthodes : les unes reposent sur la précipitation de l'urée au moyen de solutions titrées ; les autres, sur la décomposition de l'urée et la mesure d'un des produits de cette décomposition, l'azote. La dernière méthode est la plus facile à employer; elle se pratique au moyen d'un appareil spécial connu sous le nom d'*uréomètre.* Il existe un grand nombre d'uréomètres : ceux d'Esbach, de Regnard, d'Yvon, de Maurice de Thierry, etc.; nous ne pouvons entrer dans le détail de l'emploi de ces appareils. On traite l'urine par une solution aqueuse d'hypobromite de soude, l'urée est décomposée en acide carbonique, eau et azote ; l'acide carbonique est absorbé par l'excès de soude, l'azote peut alors être recueilli et mesuré. Au moyen d'un petit calcul ou de tables qui se vendent avec l'appareil, on peut conclure du volume du gaz à la quantité d'urée.

Dans la pratique, le moyen le plus simple est d'évaluer la quantité d'urée par le poids spécifique de l'urine. Cette évaluation n'est qu'approximative mais suffisante, surtout si le volume d'urine émis en 24 heures n'est pas considérable. Il suffit de se rappeler qu'une urine privée de sucre et d'albumine, contenant une proportion normale de chlorures, renferme la quantité normale d'urée (2 à 2,50 p. 100) si elle pèse 1,020 à 1,024. Si son poids spécifique est de 1,014, l'urée est diminuée (1 p. 100); si, au contraire, son poids spécifique est de 1,028 à 1,030, l'urée est augmentée (3 p. 100).

Pour doser la quantité d'acide urique on prend

200 centimètres cubes d'urine et on y ajoute 12 centimètres cubes d'acide acétique cristallisable. On laisse reposer 48 heures en un endroit aussi frais que possible, on recueille le tout sur un filtre taré, on lave l'acide urique resté sur le filtre avec 50 centimètres cubes d'eau au plus, on dessèche au bain-marie et on pèse. Pour obtenir la proportion d'acide urique combiné ou non par litre d'urine. il faut alors ajouter 112 dix-milligrammes au poids trouvé afin de remplacer la quantité d'acide urique qui s'est dissoute dans l'eau de l'urine et l'eau du lavage, puis multiplier par 5 le nombre ainsi obtenu.

Si l'urine à examiner contient des urates, il faut, avant toute opération, commencer par en faire chauffer 250 centimètres cubes environ afin de dissoudre le dépôt, puis ajouter quelques gouttes de lessive de soude pour dissoudre l'acide urique.

Pratiquement, on peut employer le procédé de Méhu, qui consiste à multiplier par 2 les deux derniers chiffres du poids spécifique de l'urine; le résultat obtenu indique la quantité d'acide urique contenue dans 1000 centimètres cubes d'urine. Ce procédé n'est que très approximatif pour les urines pathologiques.

— Voir l'article : *Diabètes*.

B

BACILLOSE PULMONAIRE

Voir l'article : *Tuberculose*.

BASEDOW (Maladie de)

(GOITRE EXOPHTALMIQUE)

A recevoir. — Tout proposant issu de parents morts ou atteints de goître exophtalmique, s'il est âgé de plus de 40 ans et absolument sain.

A recevoir avec réserves. — 1° Tout proposant, et principalement tout proposant du sexe féminin, au sujet duquel on peut avoir des soupçons, même peu fondés, de goître exophtalmique.

2° Toute femme issue de parents morts ou atteints de goître exophtalmique, non goîtreuse elle-même, mais âgée seulement de 20 à 30 ans et névropathe.

A refuser. — 1° Tout proposant issu de parents morts ou atteints de goître exophtalmique, s'il présente le moindre signe de cette maladie (palpitations,

saillie des globes oculaires, développement du corps thyroïde).

2° Tout proposant atteint de goître exophtalmique.

OBSERVATIONS

L'hérédité joue un grand rôle dans l'évolution du goître exophtalmique ou maladie de Basedow.

Toutes les névroses, et en particulier l'hystérie, ont des liens de parenté profonds avec cette maladie; l'hérédité peut donc être similaire ou dissemblable.

La maladie de Basedow est exceptionnelle dans la jeunesse; fréquente, au contraire, de 20 à 40 ans.

Sur 50 cas, il y en a 42 qui atteignent le sexe féminin; il importe donc, toutes choses égales d'ailleurs, de se montrer beaucoup plus sévère pour l'acceptation d'un proposant femme que d'un proposant homme; il importe également de tenir le plus grand compte de l'âge du sujet.

La guérison du goitre exophtalmique est exceptionnelle; la mort a lieu dans le 1/5 ou 1/4 des cas.

BENZINISME

A recevoir. — Tout proposant qui a subi quelques atteintes légères d'empoisonnement par la benzine.

A refuser. — Tout proposant atteint de benzinisme chronique, invétéré.

OBSERVATIONS

En général, tous les ouvriers qui travaillent la benzine peuvent être admis.

Le refus ne s'impose que dans les cas graves, caractérisés par de l'ébriété et du tremblement chronique.

C'est dans le métier de dégraisseur que s'observe le plus grand nombre d'empoisonnements par la benzine ; on sait, en effet, que le nettoyage dit « à sec » consiste à tremper les vêtements tachés dans d'immenses cuves tournantes, pleines de benzine.

BLENNORRHAGIE CHRONIQUE

Voir les articles : *Rétrécissement de l'urèthre* et *Uréthrite.*

BOTRIOCÉPHALE

Voir l'article : *Entozoaires.*

BRIGHT (Maladie de)

Voir les articles : *Albuminurie* et *Néphrites.*

BRONCHECTASIE

(DILATATION DES BRONCHES)

A refuser.

OBSERVATIONS

La bronchectasie ou dilatation des bronches menace très rarement l'existence d'une manière immédiate; mais, elle expose à des accidents pulmonaires graves : bronchites catarrhales avec retentissement sur l'état général, pneumonies chroniques, gangrène pulmonaire, hémorrhagie foudroyante.

De plus, comme le diagnostic de la dilatation bronchique est assez difficile, il est prudent de refuser tout sujet paraissant en être atteint, même s'il désire ne contracter qu'une assurance temporaire. En agissant autrement, on risque de prendre pour une dilatation des bronches, soit une tuberculose pulmonaire avec excavation, une gangrène pulmonaire, soit une pleurésie avec bruit de gargouillement, une pneumonie chronique, etc.

— Voir les articles : *Adénopathie trachéo-bronchique*, *Bronchites chroniques*, *Gangrène pulmonaire*, *Poitrine* et *Poumons*.

BRONCHITES CHRONIQUES

non spécifiques

A recevoir avec réserves. — Tout proposant atteint de catarrhe humide ou sec (bronchite chronique simple), léger, consécutif à des bronchites aiguës simples, répétées, et non sous la dépendance d'une

affection du cœur ou des reins, de la goutte ou de l'arthritisme.

A refuser. — 1° Tout proposant atteint de catarrhe bronchique chronique, intense.

2° Tout proposant atteint de catarrhe bronchique chronique, compliqué d'emphysème pulmonaire, d'asthme ou de dilatation bronchique.

3° Tout proposant atteint d'une bronchite chronique paraissant dépendre d'une affection cardiaque ou rénale, de la goutte ou de l'arthritisme.

4° Tout proposant atteint de bronchite chronique fétide, gangréneuse ou non.

5° Tout proposant atteint de bronchite chronique pseudo-membraneuse, non diphtéritique.

OBSERVATIONS

En principe, tout sujet atteint de bronchite chronique non spécifique ne doit être admis à contracter une assurance sur la vie qu'avec réserves, car cette maladie finit toujours par amener des altérations pulmonaires (emphysème, dilatation, etc.) qui en modifient les caractères.

Souvent, en outre, le processus de cette affection est chronique d'emblée, et, dans ce cas, il est la conséquence, soit d'une maladie de cœur ou d'une néphrite, soit de la goutte ou de l'arthritisme.

Le catarrhe bronchique chronique simple qui s'amende chaque été, est la forme la moins à craindre.

Au contraire, le catarrhe fétide est redoutable, car il n'est jamais primitif et indique toujours une débilitation profonde, ainsi que l'existence certaine d'une dilatation ampullaire des bronches. La bronchite chronique pseudo-membraneuse, non diphtéritique, n'abrège pas toujours la durée de la vie; néanmoins, elle doit être considérée comme grave, car elle ne s'observe guère que chez les sujets débilités ou prédisposés à la tuberculose.

— C'est de 50 à 80 et surtout de 60 à 75 ans, que la mortalité par bronchite chronique est la plus élevée.

Il meurt, en moyenne, par an, 111 sujets de bronchite chronique sur 100,000 habitants. Sur 100 malades adultes, des deux sexes, atteints de bronchite chronique, il en succombe environ 8 par an ; la proportion est identique pour l'homme et la femme.

— Voir les articles : *Adénopathie trachéo-bronchique*, *Bronchectasie*, *Pneumokonioses*, *Poitrine* et *Poumons*.

BRONCHITES CHRONIQUES
spécifiques

Voir les articles : *Gangrène pulmonaire* (pour la bronchite gangréneuse) et *Tuberculose* (pour la bronchite tuberculeuse).

C

CACHEXIES

A refuser.

OBSERVATIONS

L'état cachectique n'est compatible dans aucun cas avec l'assurance sur la vie.

— Voir les articles : *Asystolie*, *Cancer*, *Diabètes*, *Goutte*, *Impaludisme*, *Néphrites*, *Pellagre*, *Saturnisme*, *Scorbut*, *Tuberculose*, etc.

CALCULS

Voir les articles : *Gravelle* et *Lithiases*.

CANCER

(CARCINOME)

A recevoir. — Tout proposant issu de père et mère morts de cancer, s'il est bien portant, jeune de

préférence, et si aucun de ses proches parents (frères, sœurs, oncles ou tantes) n'est atteint de cancer.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant issu de père et mère morts de cancer, s'il est bien portant, mais si quelqu'un des siens est atteint également de cancer.

A refuser. — Tout proposant atteint de cancer, quelle que soit sa variété (squirrhe, encéphaloïde, etc.) et la région qu'il occupe (estomac, sein, utérus, lèvres, larynx, foie, etc.).

OBSERVATIONS

D'après Lebert, il y aurait, en moyenne, 1 cas de cancer sur 7, dû à l'hérédité. Il existe réellement des familles de cancéreux.

Le cancer, héréditaire ou non, se manifeste presque toujours dans un âge avancé ; on peut même dire que la jeunesse en est à peu près à l'abri.

Dans sa première période, le cancer est souvent assez délicat à diagnostiquer. Au plus léger soupçon, il ne faut jamais manquer de rechercher les ganglions spécifiques : ganglions sous-maxillaires et axillaires (cancer du sein), inguinaux (cancer de l'utérus et du testicule), sus-claviculaires gauches (cancer de l'estomac), etc.

L'absence constante et définitive d'acide chlorhydrique libre dans l'estomac a été donnée par Debove

comme un signe diagnostique excellent de la présence du cancer de l'estomac. — Voici le mode opératoire : on filtre rapidement le liquide extrait de l'estomac et on le traite avec une solution aqueuse de violet de gentiane titrant 5/1000, ou avec une solution aqueuse saturée d'orangé Poirier n° 4. Le premier de ces réactifs devient bleu en présence de l'acide chlorhydrique, le deuxième devient rouge. Le réactif de Günzburg est aussi très sensible ; il peut réagir avec une dilution de 5/1000. On prépare une solution alcoolique de phloroglucine et de vanilline dans le rapport de 2 à 1 ; puis, on recueille quelques centimètres cubes de suc gastrique au moyen de l'aspirateur Potain, dont on ne se sert qu'une heure après avoir fait avaler au sujet un œuf dur et un verre d'eau. On traite quelques gouttes de ce suc avec quelques gouttes du réactif, et on évapore sur le feu dans une petite capsule en porcelaine ; au bord du liquide on observe bientôt une teinte rosée et même des cristaux rouges d'une couleur très franche, caractéristiques de la présence de l'acide chlorhydrique. Une échelle colorimétrique, préparée avec le vert brillant, permet de constater facilement le degré d'acidité du suc gastrique. Ce procédé est très bon, car l'acide lactique et les autres acides organiques n'ont aucune influence sur lui.

Rommelaëre (de Bruxelles) prétend que les affections anciennes en général, et le cancer gastro-hépatique en particulier, réduisent la quantité d'urée à son minimum ; les urines de vingt-quatre heures en renfermeraient 10 grammes au plus. Ce signe au-

quel il ne faut pas attacher une valeur trop absolue, peut certainement éclairer le diagnostic. Dans bon nombre de cas, le médecin ne doit donc pas hésiter à analyser les urines du proposant et rechercher la quantité d'urée qu'il peut excréter pendant plusieurs jours de suite afin d'obtenir un chiffre moyen.

Enfin, on peut rechercher la présence du bacille cancéreux découvert par Scheurlen (de Berlin) ; mais, l'existence de ce bacille est encore discutée.

— C'est de 40 à 70 et surtout de 50 à 65 ans, qu'il succombe le plus de cancéreux.

Il meurt, en moyenne, par an, 102 cancéreux sur 100,000 habitants.

— Voir l'article : *Dyspepsies*.

CARIE

Voir l'article : *Scrofulose*.

CATALEPSIE

Voir l'article : *Hystérie*.

CATARACTE

OBSERVATIONS

Cette infirmité ne présente, en général, aucun intérêt, au point de vue des assurances sur la vie.

Toutefois, lorsque le médecin est appelé à la constater chez des sujets peu âgés, il ne doit pas oublier que, dans ce cas, elle est assez souvent une conséquence du diabète.

CATARRHE PULMONAIRE

Voir les articles : *Adénopathie bronchique* et *Bronchites chroniques*.

CÉPHALALGIE

OBSERVATIONS

La céphalalgie habituelle doit faire songer à la possibilité d'un trouble fonctionnel cérébral ou d'un accident syphilitique, etc... Dans ce cas, le médecin doit donner à la compagnie d'assurances qu'il représente des conclusions en rapport avec l'importance de la maladie première.

Quant à la céphalalgie passagère, elle ne présente pas d'intérêt.

CHANCRES

OBSERVATIONS

Le chancre a peu d'importance au point de vue des assurances sur la vie.

S'il s'agit d'un chancre mou, il n'y a pas à en tenir compte.

S'il s'agit d'un chancre induré, la syphilis, dont il relève, doit seule être en cause.

— Voir l'article : *Syphilis*.

CHARCOT (Maladie de)

(SCLÉROSE LATÉRALE AMYOTROPHIQUE)

A refuser.

OBSERVATIONS

L'hérédité ne semble jouer aucun rôle dans l'étiologie de la sclérose latérale amyotrophique. Il n'en est pas de même du sexe ; la femme paraît être bien plus exposée que l'homme. Enfin, c'est surtout entre 25 et 50 ans que s'observe cette maladie.

La première période, relativement courte, mais la plus importante à connaître, est caractérisée par la paralysie successive des quatre membres, avec atrophie. Les membres supérieurs sont pris d'abord, sans maladie appréciable, parfois à la suite de fourmillements ou d'engourdissements; puis, arrive une atrophie en masse.

Bientôt, il se produit des déformations paralytiques et des contractures des membres ; le poignet est généralement à demi fléchi, les doigts sont recroquevillés vers la paume de la main, quelques malades ont la tête pour ainsi dire fixée.

Finalement, il survient de la trémulation des membres et des phénomènes de paralysie bulbaire.

— La maladie de Charcot a une évolution rapidement fatale ; la mort arrive, au plus tard, en trois années.

En général, le médecin d'assurances ne sera jamais appelé à examiner un sujet atteint de sclérose latérale confirmée. Au contraire, le cas peut fort bien se présenter dans la période prodromique de la maladie ; on comprend qu'il importe vivement de savoir la diagnostiquer dès cette époque.

CHÉLOIDE

OBSERVATIONS

La chéloïde ne présente aucune gravité.

Elle s'observe très souvent dans la scrofule ; sa présence doit donc diriger l'attention du médecin vers cette diathèse et ses diverses manifestations.

CHLOROSE

Voir l'article : *Anémie.*

CHOLÉCYSTITE CHRONIQUE

A refuser.

OBSERVATIONS

L'inflammation chronique de la vésicule biliaire

est une affection toujours fort grave et souvent mortelle.

— Voir l'article : *Lithiase biliaire.*

CHONDROMES

A refuser.

OBSERVATIONS

Les chondromes doivent être classés parmi les tumeurs à pronostic variable.

Tantôt ils sont bénins, tantôt ils sont graves; le diagnostic de ces deux variétés est fort difficile.

Au point de vue des assurances sur la vie, le médecin doit trancher la difficulté en se prononçant toujours pour le refus.

— Voir l'article : *Tumeurs.*

CHORÉE

A recevoir. — Tout proposant ayant eu, pendant son adolescence, de la chorée idiopathique, s'il est radicalement guéri depuis cette époque,

A recevoir avec réserves. — Tout proposant atteint de chorée idiopathique.

A refuser. — 1° Tout proposant atteint d'accidents choréiques, symptomatiques d'une lésion des centres nerveux.

2° Tout proposant atteint ou ayant été atteint de chorée rhumatismale compliquée de lésions cardiaques.

OBSERVATIONS

La chorée s'observant surtout de six à quinze ans, le médecin d'assurances sur la vie n'est généralement appelé à se prononcer que sur les conséquences ultérieures, plus ou moins lointaines, de cette maladie.

Il suffit de se souvenir que la chorée coïncide souvent avec le rhumatisme articulaire et qu'elle peut conséquemment déterminer une maladie de cœur.

Il importe, en outre, de rechercher la cause de la chorée symptomatique, car le plus souvent l'acceptation ou le refus du proposant dépend de son importance pronostique.

— Voir l'article : *Maladie de Huntington* (pour la chorée héréditaire).

CHOROIDITES

OBSERVATIONS

L'existence d'une choroïdite chez un proposant n'a pas beaucoup d'importance en matière d'assurances sur la vie.

Toutefois, cette affection peut être le résultat de la syphilis, de la goutte, du rhumatisme ; dans ce cas, elle oblige le médecin à refuser le proposant qu'il a à examiner. La choroïdite n'est alors qu'une manifestation d'une diathèse grave.

CHYLURIE

(URINES GRAISSEUSES)

A refuser définitivement ou temporairement, suivant la gravité.

OBSERVATIONS

En principe, les urines graisseuses ne sontpas une cause péremptoire de refus pour les sujets qui en sont atteints.

Les urines graisseuses ne sont, en effet, que l'expression d'un état pathologique ; au point de vue des assurances sur la vie, le médecin doit s'en rapporter exclusivement à cet état pour les conclusions à formuler dans son rapport.

Les urines graisseuses comprennent : 1° la *chylurie*, proprement dite ; 2° la *chylurie* et l'*hémato-chylurie parasitaire;* 3° la *lipurie* (urines graisseuses) ; 4° l'*élaïurie* (urines huileuses) ; 5° la *galacturie* (urines laiteuses).

Toutes ces variétés se rencontrent, le plus souvent, entre 30 et 40 ans. A l'exception de la galacturie qui est presque spéciale aux femmes, de l'élaïurie qui atteint indifféremment les deux sexes, les urines graisseuses s'observent à peu près exclusivement chez l'homme.

La chylurie parasitaire se rencontre chez les sujets

des pays chauds ; les autres variétés s'observent dans tous les climats.

La chylurie parasitaire est causée par le passage du sang dans les reins, de l'un des deux helminthes suivants : la *Bilharzia hœmatobia* et la *Filaria sanguinis.*

La chylurie non parasitaire ainsi que les autres variétés d'urines graisseuses peuvent survenir sous l'influence de causes nombreuses dont les principales sont : la dégénérescence graisseuse des reins ; toutes les maladies graves (tuberculose, diabète, pyohémie, vastes collections purulentes, fractures étendues, tumeurs malignes, gangrène, etc...) ; les maladies de foie et celles du pancréas ; les diverses intoxications (mercure, phosphore, plomb, oxyde de carbone, etc...) ; le lympathisme ; la débilité et les fatigues excessives ; l'état puerpéral ; la parturition ; la ménopause ; les blennorrhagies répétées ; la spermatorrhée ; l'alimentation excessive en graisses.

Le médecin doit ajourner tous les sujets atteints de chylurie sans phénomènes concomittants sérieux, et refuser tous ceux chez lesquels cette affection reconnaît pour cause une maladie grave nécessitant le refus par elle-même.

CIRRHOSES

A refuser.

OBSERVATIONS

Les cirrhotiques ne doivent jamais être acceptés par

les compagnies d'assurances sur la vie, car ils sont voués à une mort fatale.

La cirrhose atrophique ou alcoolique évolue d'une manière continue et progressive ; sa durée moyenne est de un an à un an et demi.

La cirrhose hypertrophique a une marche beaucoup plus lente ; parfois même elle s'arrête dans son évolution, au point de donner l'illusion de la guérison. Sa durée est fort longue, mais la mort est la règle absolue.

Chaque fois que le médecin est conduit à soupçonner l'existence d'une cirrhose chez un proposant, il est indispensable qu'il procède à une exploration méticuleuse du foie.

Par la palpation il faut constater si cet organe est dur ou ramolli, lisse ou bosselé ; par la percussion, s'il est atrophié ou hypertrophié.

Normalement, la ligne courbe du foie, c'est-à-dire sa limite supérieure, s'étend de la sixième côte en avant, à la huitième sous l'aisselle et à la onzième près la colonne vertébrale ; le bord tranchant, ou bord inférieur, ne dépasse pas le rebord des fausses côtes.

La palpation n'est utile que pour l'exploration du lobe hépatique gauche appliqué sur l'estomac au niveau de l'épigastre, et pour la recherche du bord inférieur du foie flottant dans l'abdomen.

La percussion permet de distinguer la limite supérieure du foie, mais seulement aux régions mammaire, axillaire et dorsale ; à la région sternale, la matité se confond avec le ventricule droit du cœur.

Le foie remonte toujours plus haut que ne l'indique la matité ; environ l'épaisseur d'un doigt. La percussion doit être pratiquée de haut en bas sur les quatre lignes suivantes : sterno-épigastrique, mammaire, axillaire et dorsale.

La vésicule biliaire est située sur le bord externe du muscle grand-droit ; il faut toujours la palper et la percuter.

— C'est entre 45 et 60 ans qu'il succombe le plus grand nombre de cirrhotiques.

Il meurt, en moyenne, par an, 16 cirrhotiques sur 100,000 habitants.

— Voir les articles : *Hépatites* et *Lithiase biliaire*.

CLIMATS

OBSERVATIONS

Tous les climats ne sont pas également sains ; aussi les compagnies d'assurances sur la vie, divisent-elles les divers pays du globe en deux catégories : 1° les contrées exemptées de toute surprime ; les contrées soumises à une surprime.

Les pays chauds sont les plus dangereux ; ils forment à eux seuls presque toute la seconde catégorie. Les sujets qui les ont habités ou qui doivent y aller séjourner sont exposés aux accidents paludéens, aux maladies des organes digestifs (dysenterie et phlegmasies diverses du foie), à la fièvre jaune, etc...

A. — Les *contrées exemptées de toute surprime*, comprennent :

1° Tous les pays situés au nord du 35° de latitude nord, excepté en Asie pour les régions qui sont à l'est du 50° de longitude.

Le 35° de latitude nord traverse l'Amérique à la hauteur des Etats-Unis, de la pointe Harford sur l'océan Pacifique au cap Lookout sur l'océan Atlantique ; il est situé au sud de la Californie et de la Nevada ; il traverse l'Arizona, le Nouveau-Mexique, le nord du Texas, le Terr indien, l'Arkansas ; il forme la limite sud du Tennessée et de la Caroline du Nord. Il pénètre en Afrique par le Maroc, un peu au-dessous d'El Arisch, traverse l'Algérie un peu au-dessus de Tlemcem, de Saïda et de Biskra, passe dans la Tunisie un peu au-dessus de Feriana et de Sfax, puis coupe les îles de Candie et de Chypre. Il entre en Asie à la hauteur de la Syrie et de la Mésopotamie, un peu au-dessous de Massial, de Mossoul, au-dessus de Bagdad et au-dessous de Téhéran.

Le 50° de longitude pénètre en Asie par la ville de Gouriev, sur le fleuve Oural, passe dans la mer Caspienne, entre en Perse par les monts Elbour, traverse la Perse en laissant un peu à l'ouest Téhéran, puis Ispahan, passe par le golfe Persique puis par le Désert de Feu de l'Arabie.

2° Tous les pays situés au sud du 30° de latitude sud.

Le 30° de latitude sud entre en Amérique par le Chili à la hauteur de la Serena port sur l'océan Pacifique, puis traverse la République Argentine, le Rio

grande do Sul pour aboutir sur l'océan Atlantique à Porto Alègre. Il passe en Afrique, au nord du Cap pour atteindre du côté de l'océan Indien la baie de Port-Natal. En Océanie, il traverse la partie sud de l'Australie, entre par les monts Herschel, passe au nord de la Nouvelle-Galle du Sud et laisse au-dessous de lui la Nouvelle-Zélande.

3° Tous les pays d'Afrique suivants : le littoral du Maroc et Fez ; l'Algérie ; la Tunisie ; la régence de Tripoli ; Alexandrie ; le Caire ; Suez ; Port-Saïd et tout l'intérieur de l'Egypte jusqu'à la deuxième cataracte (mais seulement du 1er octobre au 1er avril) ; les iles Canaries et l'île de Madère.

4° Tous les pays d'Amérique suivants : la République Argentine (ou la Plata) en entier ; le Paraguay ; la Caroline du Nord en entier.

5° Tous les pays d'Asie suivants : le littoral de la Syrie (Jaffa, Beyrouth, Tripoli) ; Jérusalem ; l'île de Chypre ; l'intérieur de la Syrie et la Palestine (mais seulement du 1er octobre au 1er mai).

B. — Pour les *contrées soumises à une surprime*, la surprime varie suivant l'âge des assurés (ceux qui ont moins et ceux qui ont plus de 45 ans) et suivant qu'il s'agit d'un sujet acclimaté ou non.

Les contrées suivantes sont soumises à :

1° 0,25 p. 100 de surprime avec ou sans acclimatation pour les assurés au-dessous de 45 ans, et 0,50 p. 100 sans acclimatation ou 0,25 avec acclimatation pour les assurés au-dessus de 45 ans :

En *Afrique :* les iles du Cap-Vert.

2° 0,75 p. 100 de surprime sans acclimatation ou 0,50 avec acclimatation pour les assurés au-dessous de 45 ans, et 1 p. 100 sans acclimatation ou 0,75 avec acclimatation pour les assurés au-dessus de 45 ans :

En *Afrique :* l'intérieur du Maroc ; l'intérieur de l'Egypte, jusqu'à la deuxième cataracte (mais seulement du 1er avril au 1er octobre) ; Natal.

En *Amérique :* les Etats-Unis situés au sud du 35° de latitude nord et au nord du 32° de latitude nord (mais seulement du 30 novembre au 1er juin), c'est-à-dire le sud de la Californie, l'Arizona, le sud du Nouveau-Mexique, le nord du Texas, le sud de l'Arkansas, le nord de la Louisiane, le nord du Mississipi, le nord de l'Alabhama, le nord de la Géorgie et la Caroline du Sud ; le Pérou ; la Bolivie ; le Chili, au nord du 30° de latitude sud, c'est-à-dire de la Serena jusqu'à Tarapaca, près le Pérou.

En *Asie :* le Japon.

En *Océanie :* les îles Sandwich ; les îles Marquises : la Nouvelle-Calédonie ; l'Australie, au nord du 30° de latitude sud.

3° 1 p. 100 de surprime sans acclimatation ou 0,75 avec acclimatation pour les assurés au-dessous de 45 ans, et 1,50 p. 100 sans acclimatation ou 1 avec acclimatation pour les assurés au-dessus de 45 ans :

En *Afrique :* la Réunion ; l'île Maurice.

En *Amérique :* le Brésil.

En *Asie :* la Chine.

4° 1,50 p. 100 de surprime sans acclimatation ou 1 avec acclimatation pour les assurés au-dessous de

45 ans, et 2 p. 100 sans acclimatation ou 1,50 avec acclimatation pour les assurés au-dessus de 45 ans :

En *Afrique :* le Transvaal.

En *Amérique :* les Etats-Unis situés au sud du 35° de latitude nord et au nord du 32° de latitude nord (mais seulement du 1er juin au 30 novembre) ; les Etats-Unis situés au sud du 32° de latitude nord (mais seulement du 30 novembre au 1er juin), c'est-à-dire l'Apa ou l'extrême sud de l'Arizona, la moitié inférieure du Texas, la Louisiane, moins son tiers supérieur, le sud du Mississipi, le sud de l'Alabhama, le sud de la Géorgie et la Floride ; les grandes et les petites Antilles (mais seulement du 30 novembre au 1er juin).

En *Asie :* l'Empire russe, à l'est du 50° de longitude, limité au nord par le fleuve Petchora et au sud par l'Oural ; la Perse, au sud du 35° de latitude et à l'est du 50° de longitude ; l'intérieur de la Syrie et de la Palestine (mais seulement du 1er mai au 1er octobre).

5° 2 p. 100 de surprime sans acclimatation ou 1,50 avec acclimatation pour les assurés au-dessous de 45 ans, et 3 p. 100 sans acclimatation ou 2 avec acclimatation pour les assurés au-dessus de 45 ans.

En *Asie :* les Indes anglaises et françaises.

En *Océanie :* les Indes hollandaises (Java, Sumatra, etc.).

6° 3 p. 100 de surprime sans acclimatation ou 2 avec acclimatation pour les assurés au-dessous de 45 ans, et 4 p. 100 sans acclimatation ou 3 avec acclimatation pour les assurés au-dessus de 45 ans :

En *Afrique :* le Sénégal ; le Congo ; la Guinée et les autres points de la côte occidentale ; l'Egypte au delà de la deuxième cataracte ; l'Abyssinie ; le Zanzibar ; les îles Madagascar, Comores, Mayotte et Nossi-Bé.

En *Amérique :* les Etats-Unis situés au sud du 32° de latitude nord (mais seulement du 1er juin au 30 novembre) ; Costa-Rica ; la Colombie ; le Venezuela ; l'Equateur ; les grandes et les petites Antilles (mais seulement du 1er juin au 30 novembre).

En *Asie :* l'Arabie ; la Birmanie ; le royaume de Siam ; le Cambodge ; l'Annam et le Tonkin ; la Cochinchine.

En *Océanie :* les îles Philippines.

CŒUR

Voir les articles : *Adhérences du péricarde*, *Anévrysmes*, *Angine de poitrine*, *Athéromasie*, *Maladie de Basedow*, *Intermittences cardiaques*, *Lésions valvulaires*, *Myocardite*, *Palpitations*, *Péricardite*, *Pouls* et *Sphygmographie*.

COLIQUES INTESTINALES

OBSERVATIONS

La colique intestinale n'étant qu'un symptôme, son pronostic doit être basé sur l'importance de sa cause.

Elle s'observe dans les indigestions et les dyspepsies; dans les entérites simples, aiguës et chroniques, dans les entérites tuberculeuses. Elle accompagne les hémorrhagies intestinales, les hémorrhoïdes, les entozoaires, la pneumatose intestinale, l'hystérie. Les empoisonnements chroniques déterminent souvent des coliques : le saturnisme (*coliques sèches*), l'arsénicisme, le cuprisme, etc... L'occlusion intestinale est également une cause de coliques très vives (*coliques de miséréré*). Enfin, la goutte et le rhumatisme donnent fréquemment lieu à des manifestations viscérales intestinales.

Dans ces conditions, le médecin ne peut avertir la compagnie d'assurances du risque à courir en acceptant un proposant sujet à des coliques répétées, que s'il en connaît exactement la cause.

— Voir les articles : *Lithiase biliaire* (pour la colique hépatique), *Lithiase urinaire* (pour la colique néphrétique), *Occlusion intestinale* (pour la colique de miséréré), et *Saturnisme* (pour la colique sèche).

CONGESTION CÉRÉBRALE

A refuser.

OBSERVATIONS

Il faut refuser systématiquement tous les sujets qui ont eu une atteinte quelconque de congestion cérébrale.

La congestion cérébrale peut être le résultat de

causes très diverses : insolation, veilles prolongées, alcoolisme, suppression brusque d'un flux sanguin habituel, maladies de cœur et des poumons.

Cet accident doit, néanmoins, être un motif constant de refus, en raison des récidives et des suites graves possibles (exsudations phlegmasiques, foyers de ramollissement, hémorrhagies, etc...).

Exceptionnellement, on peut permettre de contracter une assurance sur la vie à un proposant ayant eu une atteinte de congestion active par insolation, fatigue cérébrale extrême ou suppression brusque d'un flux sanguin habituel. Dans ces cas, d'ailleurs, le médecin doit avoir soin de laisser toute responsabilité à la compagnie.

— Voir l'article : *Hémorrhagies cérébro-spinales.*

CONGESTION PULMONAIRE

A recevoir. — Tout proposant qui a été atteint d'une congestion pulmonaire idiopathique, guérie sans avoir laissé aucune trace.

A refuser. — 1° Tout proposant qui a été atteint d'une congestion pulmonaire idiopathique ayant laissé des traces.

2° Tout proposant qui a eu une ou plusieurs atteintes de congestion pulmonaire symptomatique d'une affection grave.

OBSERVATIONS

La congestion pulmonaire idiopathique n'a aucune

importance au point de vue des assurances sur la vie, si elle est bien guérie.

La congestion pulmonaire symptomatique, au contraire, ne doit être admise par le médecin que si sa cause le permet. Le pronostic de cette forme de congestion est, en effet, subordonné complètement à la maladie qui l'a déterminée : suppression brusque d'un flux sanguin habituel, tuberculose, maladie de cœur, etc...

— Voir l'article : *Hémoptysie.*

CONSTIPATION

OBSERVATIONS

La constipation ne peut intéresser le médecin examinateur d'une compagnie d'assurances sur la vie que par les états pathologiques divers auxquels elle se rattache.

Par elle-même, la constipation n'a aucune conséquence sérieuse; mais, elle peut être l'indice d'une affection grave : cancer de l'estomac ou de l'intestin, colite chronique, maladies de l'utérus, saturnisme, etc...

CONTRACTURES

Voir les articles : *Hystérie* (pour la contracture hystérique) et *Tétanie* (pour la contracture des extrémités).

CONVULSIONS

OBSERVATIONS

Lorsqu'un proposant est ou a été atteint de phénomènes convulsifs, il faut chercher à en préciser la nature.

En général, les phénomènes convulsifs doivent être considérés comme incompatibles avec l'assurance sur la vie, car ils sont presque toujours l'expression d'une maladie très grave : épilepsie, hystérie, vertiges divers dus à une affection organique des centres nerveux ou du système cardiaque, vertige goutteux, etc...

CORRIGAN (Maladie de)

(INSUFFISANCE AORTIQUE)

Voir les articles : *Lésions valvulaires* et *Sphygmographie*.

COXALGIE

A recevoir. — Tout proposant guéri depuis longtemps d'une coxalgie ou d'une sacro-coxalgie n'ayant pas suppuré.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant guéri depuis longtemps d'une coxalgie ou d'une sacro-coxalgie ayant suppuré.

A refuser. — Tout proposant guéri d'une coxalgie ou d'une sacro-coxalgie, s'il présente des traces de tuberculose ou de scrofulose grave.

OBSERVATIONS

Lorsqu'un proposant a été atteint de coxalgie, il importe surtout de rechercher si dans ses antécédents héréditaires et personnels il n'y a pas de traces de scrofule ou de tuberculose susceptibles d'imposer le refus.

CRACHEMENTS DE SANG

Voir l'article : *Hémoptysies.*

CRAMPE DES ÉCRIVAINS

A recevoir.

OBSERVATIONS

La crampe des écrivains n'est pas une maladie mortelle; il y a donc lieu d'admettre à contracter assurance tous les sujets qui en sont atteints.

Lorsque cette infirmité est le résultat de la diathèse goutteuse ou rhumatismale, cette admission doit être subordonnée à l'importance de l'état diathésique.

CRAMPES D'ESTOMAC

Voir les articles : *Dyspepsies* et *Gastralgie.*

CYPHOSE

A recevoir.

OBSERVATIONS

Les cyphotiques, vulgairement nommés bossus, se portent généralement bien.

L'arc à convexité postérieure décrit par le rachis, rapproche les côtes qui compriment les poumons et le cœur; malgré cela, les fonctions respiratoires se font avec facilité.

Quant aux femmes, la cyphose ne peut leur nuire pour accoucher; au contraire, si la courbure siège très bas, l'angle sacro-vertébral peut être effacé et l'accouchement se faire plus vite.

— Voir les articles : *Lordose*, *Rachitisme* et *Scoliose.*

CYSTITES

A recevoir. — Tout proposant, jeune, guéri d'une cystite aiguë, légère (cystites cantharidienne, traumatique, rhumatismale, blennorhagique, etc.).

A refuser. — 1° Tout proposant atteint de cystite tuberculeuse.

2° Tout proposant atteint de cystite chronique simple, surtout s'il est âgé.

OBSERVATIONS

La cystite chronique *simple* peut se guérir complètement si sa cause vient à disparaître (pierre, rétrécissements uréthraux curables, etc.); mais, le plus souvent, les altérations prostato-uréthrales ou la pierre finissent par entraîner des désordres graves : ulcérations muqueuses, abcès sous-muqueux, perforation vésicale, sclérose vésicale, infection purulente.

La cystite *tuberculeuse* n'a qu'un seul signe pathognomonique : la présence des bacilles dans l'urine. L'état général du sujet et la coexistence de lésions tuberculeuses, ne constituent que des signes de probabilité.

Les urines purulentes sont visqueuses; si on les additionne d'une lessive de potasse concentrée ou d'ammoniaque, elles deviennent épaisses, gommeuses et filantes au point de tomber du vase qui les contient, comme une masse gélatiniforme.

De plus, les urines purulentes sont légèrement albumineuses; le mucus au contraire, ne donne jamais lieu à la réaction de l'albumine. Il s'agit donc là, d'un procédé de diagnostic différentiel très utile.

Au microscope on trouve des cellules du pus :

cellules rondes, deux fois plus grandes que les globules rouges du sang, à contenu granuleux cachant un noyau central ou plusieurs noyaux. Ce noyau apparaît aussitôt qu'on ajoute de l'acide acétique.

— C'est entre 60 et 80 ans que s'observent le plus grand nombre de décès par cystite chronique.

La moyenne annuelle des décès par cystite chronique est de 10 sur 100,000 habitants. Sur 100 malades adultes, des deux sexes, atteints de cystite chronique, il en succombe environ 14 par an ; sur 100 hommes atteints de cystite chronique, on compte 14 décès annuels ; sur 100 femmes, 15 décès.

CYSTOCÈLE

A recevoir. — Toute femme atteinte de cystocèle vaginale, sans complications.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant atteint de cystocèle inguinale, facilement réductible et maintenue par un bandage approprié.

A refuser. — 1° Toute femme atteinte de cystocèle vaginale compliquée de cystite chronique intense, de la pierre ou d'une hernie inguinale ou crurale grave, etc...

2° Tout proposant atteint de cystocèle inguinale irréductible.

OBSERVATIONS

La cystocèle vaginale n'est grave que si elle est compliquée d'accidents vésicaux ou herniaires.

La cystocèle inguinale ne présente de danger que si elle est irréductible; dans ce eas, en effet, il peut se produire une rétention d'urine mortelle.

D

DALTONISME

A recevoir.

OBSERVATIONS

Le plus souvent, le daltonisme est congénital; mais parfois, il est symptomatique d'une atrophie du nerf optique ou d'un empoisonnement chronique par l'alcool ou le tabac.

Dans ces cas, le médecin ne doit envisager que la cause du daltonisme, et conclure à l'admission ou au refus du proposant, suivant la valeur pronostique de cette cause.

DANSE DE SAINT-GUY

Voir l'article : *Chorée.*

DARTRES

(DIATHÈSE DARTREUSE)

A recevoir. — Tout proposant légèrement dartreux et sans antécédents héréditaires cancéreux.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant nettement dartreux, issu de parents non dartreux mais morts de cancer.

A refuser. — Tout proposant nettement dartreux, issu de parents dartreux et morts consécutivement de cancer.

OBSERVATIONS

Aucune des manifestations de la diathèse dartreuse ne peut être considérée comme une cause de refus pour un proposant; mais, comme on a dit qu'il existait une réelle parenté entre la dartre et le cancer, il est prudent de tenir compte de cette opinion.

Le médecin d'une compagnie d'assurances sur la vie ne doit donc pas admettre les proposants, dans la famille desquels la coexistence de la dartre et du cancer ne lui paraît pas douteuse.

DÉFAILLANCES

Voir l'article : *Syncope*.

DÉGÉNÉRESCENCE DU CŒUR

Voir l'article : *Myocardite*.

DÉGÉNÉRESCENCES DU FOIE

A refuser.

OBSERVATIONS

La symptomatologie des dégénérescences du foie (*dégénérescence amyloïde et graisseuse*) est très obscure.

Les maladies cachectiques, les longues suppurations, la scrofule, la tuberculose, le cancer, la syphilis en sont les causes habituelles.

DÉGÉNÉRESCENCES DU REIN

A refuser.

OBSERVATIONS

Les sujets qui sont atteints de *dégénérescence amyloïde* des reins, sont toujours cachectiques (syphilitiques ou autres) ou épuisés par une suppuration prolongée.

Ils ont de la polyurie, un peu d'œdème et de la diarrhée. Le foie et la rate sont tuméfiés ; les urines contiennent de l'albumine.

Dans la *dégénérescence kystique*, la symptomatologie est très obscure ; le cœur est presque toujours hypertrophié.

La mort arrive par urémie ou par hémorrhagie cérébrale.

DÉLIRE

Voir l'article : *Folie.*

DELIRIUM TREMENS

A refuser.

Voir l'artiele : *Alcoolisme.*

DIABÈTES

Sucré et insipide.

A recevoir. — 1° Tout proposant issu de père et mère diabétiques, s'il est indemne de diabète et d'arthritisme, et âgé de plus de 50 ans.

2° Tout proposant issu de père et mère atteints de polyurie simple, s'il est indemne de polyurie et en parfaite santé.

A recevoir avec réserves. — 1° Tout proposant issu de père et mère diabétiques, entouré de parents (frères, sœurs, oncles ou tantes) également diabétiques ou très arthritiques, s'il est indemne de diabète et âgé de plus de 50 ans.

2° Tout proposant issu de père et mère atteints de

polyurie simple, s'il est indemne de polyurie, mais hystérique ou hypochondriaque.

A refuser. — 1° Tout proposant issu de père et mère diabétiques, entouré de parents (frères, sœurs, oncles ou tantes) également diabétiques ou très arthritiques, s'il est indemne de diabète, mais très entaché d'arthritisme et âgé de moins de 50 ans.

2° Tout proposant diabétique, même s'il se prétend guéri.

3° Tout proposant atteint de polyurie simple persistante.

4° Tout proposant atteint de polyurie azoturée ou phosphaturée.

OBSERVATIONS

L'hérédité joue un grand rôle dans l'étiologie du *diabète sucré;* non pas l'hérédité directe qui n'est que de 25 p. 100 environ, mais l'hérédité par transformation des diverses maladies de la nutrition retardée, comme la goutte, le rhumatisme, la gravelle, la lithiase biliaire, l'obésité, les engorgements du foie et de la rate, la dyscrasie hémorrhoïdale.

L'aliénation mentale, l'épilepsie et presque toutes les névroses, ont aussi des relations héréditaires avec le diabète.

Il importe de s'enquérir des diverses formes que le diabète a revêtues chez les ascendants; ainsi, on doit moins redouter l'hérédité directe pour un sujet indemne de diabète, lorsqu'on sait que ses parents

ont été des diabétiques nerveux et non des diabétiques gras ou maigres.

Le diabète maigre ou pancréatique (avec altération du pancréas) est, en effet, le plus dangereux ; vient ensuite, le diabète gras ou constitutionnel et, en dernier lieu, le diabète nerveux qui présente une certaine tendance naturelle à la guérison.

Il faut distinguer les diabétiques en deux catégories : les grands diabétiques (l'urine renferme 30 grammes et plus de sucre par litre) et les petits (le sucre n'excède pas 20 grammes par litre); ce fait a une certaine importance, car les petits diabétiques ne deviennent jamais de grands diabétiques.

En second lieu, certains sujets peuvent être atteints de diabète intermittent; cette variété ne peut être diagnostiquée que par des analyses d'urine renouvelées pendant plusieurs jours consécutifs.

Enfin, quelques individus peuvent être atteints de glycosurie sans être pour cela diabétiques.

Ces cas de glycosurie non diabétique sont peu fréquents ; mais on s'explique que l'urine puisse parfois contenir du sucre de canne, de raisin ou de lait, après une forte ingestion (50 à 250 grammes) de ces substances ; on s'explique également qu'elle puisse renfermer du sucre de lait chez les femmes en couches donnant le sein.

La glycosurie non diabétique s'observe donc surtout chez les femmes, pendant la grossesse, l'état puerpéral ou l'allaitement (Blot), puis, chez les gros mangeurs d'aliments ternaires, enfin, chez les polysarciques, les vieillards et les personnes atteintes de

maladies gastro-hépatiques ou intoxiquées par l'oxyde de carbone (cuisinières, chauffeurs), le curare, le nitrite d'amyle, la térébenthine (peintres).

Le diagnostic de la glycosurie non diabétique est presque impossible à établir; toutefois, le médecin peut tenter de le faire en prenant soin d'analyser les urines pendant plusieurs jours de suite.

Pour que l'expérimentation ait de la valeur, il importe que le proposant soit obligé de se soumettre à une alimentation variée; qu'il ne mange un jour que des aliments féculents et sucrés et suive le lendemain un régime anti-diabétique sévère.

Dans ces conditions, le diabète peut être exclu, si l'urine ne contient jamais de sucre; la glycosurie non diabétique doit être diagnostiquée, si l'urine ne renferme du sucre que les jours d'alimentation féculente et sucrée ; le diabète est certain, si l'urine reste constamment sucrée.

En pratique, ces considérations offrent peu d'utilité : d'une part, il est rare qu'un proposant veuille bien se soumettre à de semblables expériences; d'autre part, le diagnostic de la glycosurie diabétique et non diabétique est hérissé de difficultés. Il est donc prudent que le médecin d'une compagnie d'assurances sur la vie ne se prononce jamais ou que très exceptionnellement pour l'acceptation d'un proposant dont les urines sont sucrées.

Le diabète sucré est bien plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Il s'observe à tous les âges, mais surtout entre 30 et 70 ans; au delà de 50 ans, il n'est jamais héréditaire.

Pour reconnaître et pour apprécier l'importance du diabète, il est indispensable d'analyser les urines; mais, avant de pratiquer cette analyse, il importe de s'enquérir du poids spécifique de l'urine et de sa quantité en 24 heures. Ces deux points peuvent permettre de prévoir l'existence du diabète, avant d'avoir constaté la présence du sucre dans l'urine et parfois même de l'affirmer, alors que le sucre fait défaut.

Le poids spécifique des urines diabétiques est toujours augmenté; il oscille entre 1028 et 1060, au lieu d'être de 1015 à 1020 (poids normal).

La quantité des urines est également toujours augmentée; la polyurie peut varier de 2 jusqu'à 15 litres en 24 heures.

Le meilleur procédé pour rechercher le sucre dans les urines, consiste à en faire chauffer une petite quantité avec de la liqueur de Fehling parfaitement pure et préparée à froid. Cette liqueur extrêmement sensible permet de déceler des traces aussi légères que possible de sucre.

On en verse dans un tube à réactif 4 ou 5 centimètres cubes qu'on fait bouillir sur la lampe afin de vérifier si elle n'est pas réductible par la chaleur puis, on ajoute un peu d'urine, on agite le tout et on fait chauffer une seconde fois.

Si l'urine est sucrée, la réduction de la liqueur de Fehling se produit aussitôt l'ébullition, et même un peu avant; il se forme un précipité d'oxydule de cuivre jaune-ocre tirant sur le rouge brique tout à fait caractéristique.

Il est indispensable que la réduction de la liqueur

de Fehling se fasse au moment même de l'ébullition de son mélange avec l'urine, et même un peu avant, sous peine d'erreur. En effet, toute urine, qui ne précipite la liqueur de Fehling qu'après le début de l'ébullition (fût-ce seulement un quart de minute), n'est pas toujours une urine sucrée.

D'ailleurs, la teinte jaune verdâtre et non rouge brique que prend le précipité dans les cas où la réduction de la liqueur de Fehling n'est pas le résultat de la présence du sucre dans l'urine, est un assez bon signe de diagnostic différentiel.

Les substances capables de précipiter la liqueur de Fehling sont nombreuses.

La créatinine en excès détermine un précipité qui prête à la confusion; de même l'acide urique.

Lorsque les urines contiennent de fortes quantités de pyrocatéchine ou alcaptone, sous l'influence d'une alimentation trop végétale, il peut se former un précipité brunâtre. La formation de ce précipité par exposition à l'air doit aussitôt faire exclure l'idée de diabète sucré.

La térébenthine, prise à doses médicinales, réduit le liquide d'Almén-Nylander et la liqueur de Fehling. Mais, cette substance n'a aucune action sur le plan de polarisation. De plus, il est facile de la distinguer du sucre, en ajoutant à 100 centimètres cubes d'urine 5 centimètres cubes d'acide chlorhydrique concentré et en laissant reposer le mélange pendant 24 ou 48 heures. Si la réduction dépend du sucre, elle persiste encore après ce temps; si elle provient de la térébenthine, elle disparaît.

Les urines qui sont chargées de copahu, à la suite de l'ingestion de ce médicament, réduisent les solutions alcalines de cuivre. Mais le plan de polarisation est dévié à gauche, tandis qu'il l'est à droite par le sucre. En outre, en ayant soin d'ajouter à l'urine un peu d'acide chlorhydrique eoncentré, la préeipitation de l'oxydule du cuivre est presque impossible à obtenir.

La nareose ehloroformique détermine aussi une réduetion des liqueurs alcalines cupriques, par suite de la présenee du chloroforme non modifié. Il faut donc que le médeein s'informe si le proposant ne s'est pas fait endormir le matin ou la veille de l'examen médieal, pour subir une opération bénigne queleonque, l'avulsion d'une dent par exemple,

Le ehloral, pris pendant un certain temps à la dose de 5 à 6 grammes par jour, peut enfin réduire l'urine.

On peut contrôler la réaetion par la liqueur de Fehling, en employant la potasse et le sous-nitrate de bismuth. On mélange 5 eentimètres eubes d'urine avee une ou deux pastilles de potasse eaustique ou bien avee 1 centimètre eube de lessive de soude à 10 p. 100, puis on ajoute gros eomme un pois de sous-nitrate de bismuth. Après une minute d'ébullition, le bismuth est réduit par le suere à l'état de bismuth métallique et devient noir. Ce procédé, extrêmement sensible, permet de constater jusqu'à 0,1 p. 100 de suere. Le bismuth n'est réduit ni par l'acide urique, ni par la eréatinine.

La réaction par la potasse caustique seule, n'est pas très sûre : on ajoute deux ou trois pastilles de po-

tasse à 5 centimètres cubes d'urine et on chauffe sur la lampe jusqu'à ébullition. Il se forme une belle coloration jaune brunâtre tirant sur le rouge foncé et, en même temps, il se dégage une odeur franche de caramel.

L'examen des urines permet encore de contrôler le degré de déperdition organique que subit chaque diabétique, en comparant la proportion des chlorures et de l'urée éliminés. Si l'individu mange bien et rend beaucoup d'urée, ainsi qu'un chiffre normal de chlorures (6, 8 ou 10 grammes par litre), l'urée étant formée par les aliments, le pronostic est peu grave ; si le malade, au contraire, se nourrit insuffisamment et rend néanmoins 40 ou 50 grammes d'urée, avec 1 ou 2 grammes seulement de chlorures, l'urée provenant non des aliments mais d'une véritable autophagie, le pronostic est des plus fâcheux.

Quant à l'analyse quantitative du sucre, elle est rarement nécessaire au point de vue des assurances sur la vie. On sait qu'elle se fait, soit avec le saccharimètre, soit avec la liqueur de Fehling titrée.

Certains médicaments, l'antipyrine en particulier, sont susceptibles de faire disparaître momentanément le sucre. Mais, la recherche de l'antipyrine dans les urines est facile ; toute supercherie de la part d'un proposant diabétique est donc impossible.

Il suffit de verser une dizaine de gouttes de perchlorure de fer dans l'urine d'un sujet qui fait usage d'antipyrine, pour obtenir aussitôt un beau précipité rouge, surmonté d'un épais nuage blanchâtre. La chaleur ne le modifie pas ; l'acide nitrique, au con-

traire, versé en quantité assez notable, finit par le dissoudre.

M. Manseau (de Bordeaux) préfère employer la solution iodo-iodurée suivante : iode 12 gr. 50, iodure de potassium 25 grammes, eau distillée 1,000 grammes, dont il verse 10 gouttes environ dans 10 centimètres cubes d'urine préalablement acidifiée par 2 gouttes d'acide nitrique pur. Si l'urine renferme de l'antipyrine, il se forme un précipité rouge obscur abondant. Ce procédé serait beaucoup plus sensible que le précédent.

— L'hérédité a la même importance pour les diverses formes de *diabète insipide* que pour le diabète sucré.

L'*azoturie* et la *phosphaturie* sont redoutables, car elles dénotent une altération profonde de la nutrition.

La *polyurie* simple doit également être une cause de refus pour les proposants qui en sont atteints, car si elle ne paraît pas devoir altérer rapidement la santé, elle finit toujours par épuiser le sujet.

Généralement elle est héréditaire, ou bien elle se rattache à des troubles fonctionnels du système nerveux, à l'hystérie et à l'hypochondrie.

— C'est de 45 à 70 et surtout de 55 à 65 ans, qu'il succombe le plus de diabétiques.

Il meurt, en moyenne, par an, 8 diabétiques sur 100,000 habitants.

— Voir les articles : *Azoturie* et *Phosphaturie* (pour l'analyse des urines de ces variétés de diabète insipide).

DIAPHRAGME (Hernie du)

A refuser.

Voir l'article : *Hernies*

DIARRHÉE

A recevoir avec réserves. — 1° Tout proposant atteint de diarrhée nerveuse.

2° Tout proposant atteint de diarrhée par irritation intestinale simple.

A refuser. — Tout proposant atteint de diarrhée cachectique.

OBSERVATIONS

Lorsqu'un proposant déclare qu'il est atteint de diarrhée chronique, il faut rechercher avec soin la cause de cet état.

En effet, si la diarrhée chronique est généralement préjudiciable à la santé, il y a des cas où elle est salutaire. Certains sujets vivent des années avec la diarrhée, sans que leur santé en paraisse le moins du monde incommodée, si ce n'est à partir du moment où le flux intestinal vient à cesser.

Ces diarrhées s'observent chez les sujets impressionnables, sous l'influence d'une émotion ou du froid,

chez les femmes à l'âge de la ménopause (diarrhées nerveuses) ; elles sont fréquentes aussi chez les personnes qui se nourrissent mal ou se livrent à des excès de table (diarrhées par irritation locale simple).

Mais, la diarrhée chronique indique bien souvent une irritation intestinale ou un état cachectique graves : la tuberculose ou le cancer de l'intestin, l'hydropisie, le diabète, le mal de Bright, la goutte, etc...

Ajoutons que la diarrhée n'est pas rare chez les personnes qui ont habité les pays chauds (dysenterie).

Il est évident que le médecin doit se baser exclusivement sur la cause de la diarrhée pour accepter ou rejeter l'assurance d'un proposant.

— Voir les articles : *Dysenterie* et *Entérite chronique*.

DIATHÈSES

OBSERVATIONS

La diathèse est « un trouble permanent des échanges nutritifs, qui prépare, provoque et entretient des maladies diverses comme formes symptomatiques, comme siège anatomique et comme processus pathogénique » (Bouchard).

Tout état diathésique est héréditaire ; mais, comme il tient sous sa dépendance de nombreuses manifestations morbides, il est évident qu'il se retrouve le plus souvent sous un aspect nouveau, en passant d'une génération à une autre.

L'existence de telle ou telle diathèse chez les ascendants ou les descendants d'un proposant doit donc indiquer au médecin la direction à suivre pour l'examen médical.

DILATATION DES BRONCHES

Voir l'article : *Bronchectasie*.

DILATATION DE L'ESTOMAC

A recevoir. — 1° Tout proposant atteint de dilatation de l'estomac, s'il n'en a jamais ressenti le moindre malaise (forme dite : *latente*).

2° Tout proposant atteint d'une dilatation de l'estomac due uniquement à une mauvaise hygiène alimentaire.

A recevoir avec réserves. — 1° Tout proposant atteint de dilatation de l'estomac accompagnée de douleurs au creux épigastrique, de lenteur de la digestion, de constipation, etc... (forme dite : *dyspeptique*.

2° Tout proposant atteint d'une dilatation de l'estomac due à une ancienne dyspepsie ou à un catarrhe chronique stomacal.

A refuser. — 1° Tout proposant atteint d'une dilatation de l'estomac ancienne et énorme, ou com-

pliquée de congestion du foie, avec crises gastralgiques simulant celles de la lithiase biliaire (forme dite : *hépatique.*)

2° Tout proposant atteint d'une dilatation de l'estomac, consécutive à une sténose cicatricielle ou cancéreuse du pylore.

OBSERVATIONS

En règle générale, la dilatation de l'estomac n'est pas une cause de refus pour un proposant qui désire contracter une assurance sur la vie ; neuf fois sur dix, les sujets qui en sont atteints, n'éprouvent aucune souffrance.

Telles sont les dilatations dites *latentes* et les dilatations causées, soit par un excès de boisson ou de nourriture, soit par une trop grande rapidité ou irrégularité dans les repas.

Mais, la dilatation stomacale peut prendre un développement assez grand pour incommoder le malade et devenir le point de départ d'une foule d'affections des plus graves : la chlorose dans les 4/5 des cas, la phtisie pulmonaire dans les 2/3 des cas, la congestion du foie, l'albuminurie, la gastrite ulcéreuse dite gastrite maligne sans tumeur ou faux cancer, etc...

En outre, la dilatation de l'estomac prédispose à l'embarras gastrique et à la fièvre typhoïde.

Les sujets qui sont atteints de dilatation de l'estomac ont souvent des nodosités aux articulations

phalango-phalanginiennes; ce fait, d'observation empirique, est si fréquent qu'il peut être considéré comme un bon signe de diagnostic.

Quant au clapotage stomacal, il est une preuve absolue de dilatation de l'estomac, s'il se produit pendant que le malade est à jeun et s'il s'entend au-dessous d'une ligne tirée de l'ombilic.

L'estomac normal a une capacité de 1,300 centimètres cubes environ; dilaté, il varie de 1,450 centimètres cubes à 3,600 centimètres cubes.

A la percussion, il a une sonorité spéciale hydro-aérique, comparable à celle que donne une vessie remplie d'un mélange d'eau et de gaz; cette sonorité s'étend de la sixième côte au bord libre des fausses côtes. Le grand cul-de-sac de l'estomac, qui occupe tout l'hypochondre gauche et s'étend derrière les fausses côtes, est très facile à explorer; au niveau de l'épigastre, la sonorité stomacale est obscurcie par la présence du lobe gauche du foie; enfin, la petite extrémité de l'estomac placée sous le foie, échappe à la percussion. Ajoutons que suivant le degré de tension des parois de l'estomac, la sonorité peut être haute ou grave et que suivant la capacité de l'organe, elle peut être diminuée ou s'étendre depuis la quatrième côte jusqu'à l'ombilic et au delà.
— Voir l'article : *Dyspepsies*.

DIPLOPIE

A recevoir avec réserves. — Tout propo-

sant atteint de diplopie consécutive à une cause périphérique bénigne et bien nettement déterminée.

A refuser. — Tout proposant atteint de diplopie consécutive à une cause centrale ou générale.

OBSERVATIONS

La diplopie (vision double) a une grande importance au point de vue des asssurances sur la vie.

La diplopie s'observe dans les paralysies des muscles de l'œil (3e, 4e et 6e paires); or, ces paralysies oculaires sont le résultat de causes très variables : causes périphériques et causes centrales.

Les causes périphériques sont les moins sérieuses; elles comprennent les traumatismes intra-orbitaires et le froid pour les sujets rhumatisants.

Les causes centrales sont graves et toutes de nature à faire refuser le proposant; elles comprennent les tumeurs cérébrales, les hémorrhagies, le ramollissement, les traumatismes cérébraux.

En outre, tout sujet qui présente de la diplopie, doit être examiné comme syphilitique ou ataxique.

Six fois sur dix, la diplopie est le résultat de la syphilis, soit à la période des plaques muqueuses, soit à la période tertiaire. Il se produit une altération primitive du nerf lui-même ou, plus souvent, il se déclare une gomme ou une exostose atteignant la base de l'encéphale ou du crâne.

L'ataxie locomotrice, à son début comme pendan

sa période d'état, devient fréquemment la cause de paralysies oculaires, notamment de paralysie de la troisième paire avec chute de la paupière supérieure. Au début, la diplopie est toujours incomplète et passagère, n'étant due qu'à une congestion momentanée; plus tard, elle est définitive par suite de l'atrophie ou de la sclérose des nerfs moteurs oculaires.

La diplopie s'observe encore chez les albuminuriques et les glycosuriques.

Quant au strabisme, il ne peut en être question, car le propre de cette infirmité est précisément de ne pas déterminer de diplopie apparente pour le sujet lui-même. Le strabisme ne donne lieu qu'à de la diplopie latente.

Pour bien apprécier la diplopie, il faut la vérifier par le procédé de Javal. Cette expérience consiste simplement à placer un verre rouge devant l'œil sain ; il est facile ainsi de rapporter à chaque œil l'image qu'il perçoit.

En résumé, il faut refuser tout proposant atteint de diplopie ; dans les cas d'origine périphérique les plus favorables, il convient même que le médecin formule de sérieuses réserves et décline toute responsabilité vis-à-vis de la compagnie d'assurances sur la vie.

DOTHIÉNENTÉRIE

Voir l'article : *Fièvres*.

DYSENTERIE

A recevoir. — Tout proposant ayant eu une seule atteinte de dysenterie aiguë, à la condition qu'il en soit parfaitement guéri et qu'il n'ait pas habité les pays chauds.

A recevoir avec réserves. — 1° Tout proposant ayant eu une seule atteinte de dysenterie aiguë contractée dans les pays chauds.

2° Tout proposant ayant eu plusieurs atteintes de dysenterie aiguë, à la condition qu'il en soit parfaitement guéri.

A refuser. — 1° Tout proposant atteint de dysenterie chronique.

2° Tout proposant ayant eu une ou plusieurs atteintes de dysenterie aiguë contractées ou non dans les pays chauds, guéries au moment de l'examen médical, s'il présente des traces d'impaludisme ou le plus léger trouble fonctionnel du foie.

OBSERVATIONS

Si la dysenterie aiguë contractée fortuitement dans nos pays, n'est pas de nature à faire refuser un proposant, il n'en est pas de même de la dysenterie des pays chauds (Sénégal, Cochinchine, Tonkin, Indes, Mexique, Antilles, etc...), car, dans ce cas, cette affection n'est plus une simple maladie locale, mais bien une maladie générale relevant de la malaria.

La dysenterie des pays chauds retentit sur tout l'organisme, devient le point de départ d'accidents hépatiques et spléniques et amène la mort par cachexie paludéenne.

— La moyenne annuelle des décès par dysenterie est de 2 sur 100,000 habitants. Sur 100 sujets adultes, des deux sexes, atteints de dysenterie, il en succombe environ 6 par an ; la proportion est identique pour l'homme et la femme.

— Voir les articles : *Diarrhée* et *Entérite chronique*.

DYSMÉNORRHÉE

A recevoir. — 1° Toute femme atteinte de dysménorrhée, sans complications sérieuses du côté de l'utérus ou du côté de l'état général.

2° Toute femme atteinte de dysménorrhée due à un rétrécissement congénital ou cicatriciel du col utérin, à une flexion du corps de la matrice sur le col, ou à une salpingo-ovarite.

3° Toute femme atteinte de dysménorrhée nerveuse simple.

A refuser. — 1° Toute femme atteinte de dysménorrhée due à un mauvais état général.

2° Toute femme atteinte de dysménorrhée, due à la présence d'un corps fibreux ou d'un polype dans la cavité utérine.

OBSERVATIONS

Lorsqu'une femme est atteinte de dysménorrhée, le médecin doit diriger toute son attention vers l'état général et vers les affections utérines.

La dysménorrhée est souvent, en effet, la conséquence de l'anémie pernicieuse, de l'hystéro-épilepsie, d'un état cachectique grave quelconque ou d'une tumeur utérine (fibro-myomes, polypes).

Ces cas sont toujours incompatibles avec l'assurance sur la vie.

Au contraire, la dysménorrhée consécutive à un rétréeissement congénital ou cicatriciel du col, à une flexion utérine, etc... n'est pas une cause suffisante de refus ; il en est de même pour la dysménorrhée nerveuse.

Quant à la question de l'hérédité de la dysménorrhée nerveuse, elle n'a presque pas d'intérêt, car elle est encore peu démontrée malgré les travaux de Duplan, Siredey et Brouardel.

— Voir les articles : *Aménorrhée*, *Grossesse*, *Leucorrhée* et *Métrorrhagies*.

DYSPEPSIES

A recevoir. — Tout proposant atteint de dyspepsie non accompagnée de troubles graves locaux ou généraux.

A recevoir avec réserves. — 1° Tout proposant atteint de dyspepsie accompagnée d'accidents vertigineux stomacaux.

2° Tout proposant guéri, depuis plusieurs années et sans récidives, d'une dyspepsie ayant eu pour cause un ulcère de l'estomac.

A refuser. — 1° Tout proposant atteint de dyspepsie compliquée de dilatation stomacale énorme.

2° Tout proposant atteint de dyspepsie accompagnée d'hématémèses (ulcère et cancer).

3° Tout proposant atteint de dyspepsie compliquée d'une lésion grave d'un ou de plusieurs organes (centres nerveux, foie, organes génito-urinaires).

4° Tout proposant atteint de dyspepsie accompagnée de troubles graves de la santé générale : tuberculose, chloro-anémie pernicieuse, syphilis grave, goutte intense, alcoolisme, athéromasie, etc.

OBSERVATIONS

En général, la dyspepsie ne doit pas être considérée comme une cause de refus pour les proposants qui en sont atteints.

Il est certain qu'un bon nombre de personnes sont sujettes à des troubles digestifs variés, sans qu'il en résulte pour elles la moindre conséquence fâcheuse.

Ces dyspepsies sont celles qui surviennent à la suite d'une mauvaise hygiène alimentaire (qualité défectueuse des aliments, rapidité des repas, excès de table, etc...), d'un travail intellectuel exagéré

après les repas, d'insomnies ou de veilles prolongées, d'habitudes sédentaires, etc...

Mais, la dyspepsie n'est pas toujours sans retentissement plus ou moins grave sur la santé ; le médecin doit donc examiner avec le plus grand soin tous les proposants dyspeptiques.

Chez la femme, la dyspepsie peut être le résultat du nervosisme, d'une maladie utérine, de la compression de l'estomac par le corset ; chez l'homme, du tabagisme et surtout de l'alcoolisme ; chez le vieillard, de l'athéromasie, etc...

En outre, la dyspepsie peut relever d'une maladie du foie, des intestins, des organes génito-urinaires, d'une lésion grave de l'axe cérébro-spinal, etc...

Les maladies générales, comme la tuberculose, la chloro-anémie, la goutte, la syphilis, le cancer, deviennent souvent aussi le point de départ de troubles digestifs variés.

Le refus ou l'admission d'un proposant dyspeptique, doit donc être entièrement basé sur l'ensemble des phénomènes présentés. ou sur l'importance de la maladie concomittante.

Lorsqu'un dyspeptique est atteint de vertiges, il faut le refuser si ces vertiges dépendent d'une lésion des centres nerveux et l'accepter s'ils sont purement stomacaux, à moins que leur intensité et leur fréquence ne soient par trop grandes.

L'hématémèse est une cause formelle de refus, car elle est l'indice d'un ulcère ou d'un cancer de l'estomac.

La dyspepsie, simple accompagnée de crises gas-

tralgiques intenses, de vomissements et d'altération générale de la santé, n'est pas compatible avec l'assurance sur la vie.

Quant à la dilatation stomacale, elle est une cause de refus, lorsqu'elle est énorme.

— Voir les articles : *Cancer*, *Dilatation de l'estomac* et *Gastralgie*.

DYSPHAGIE

OBSERVATIONS

La dysphagie n'a d'importance que par son siège et surtout par sa cause.

La dysphagie peut siéger dans la bouche, le pharynx ou l'œsophage et peut résulter d'un spasme, d'un obstacle mécanique ou d'une paralysie.

La dysphagie spasmodique s'observe dans les diverses névroses (hystérie, épilepsie, hypochondrie) et parfois sous l'influence d'une vive émotion.

La dysphagie mécanique peut tenir à un vice de conformation, à un rétrécissement ou à une tumeur. Il faut citer pour la bouche : la perforation des joues ou de la voûte palatine, la glossite chronique, les fractures des maxillaires, l'ankylose de l'articulation temporo-maxillaire, les tumeurs (grenouillette, calculs salivaires, etc...) ; pour le pharynx : l'hypertrophie amygdalienne, les polypes naso-pharyngiens, etc...; pour l'œsophage : les rétrécissements cicatriciels ou cancéreux, les tumeurs de voisinage (anévrysme de l'aorte, adénopathie bronchique), etc...

La dysphagie paralytique peut être consécutive à une maladie grave, la diphtérie, par exemple, ou bien être le résultat d'une lésion encéphalique ou d'une maladie mentale (paralysie générale).

DYSPNÉE

OBSERVATIONS

La dyspnée n'a pas une grande valeur pronostique par elle-même ; ses causes seules doivent indiquer au médecin les conclusions qu'il a à prendre, au sujet du proposant qu'il est chargé d'examiner.

Les affections des voies respiratoires et du cœur déterminent fréquemment de la dyspnée (emphysème, asthme, tuberculose, pleurésie, bronchite chronique, pneumothorax, etc...) ; de même les maladies du thorax et de l'abdomen (névralgie intercostale ou iléo-lombaire, dilatation de l'estomac, tympanisme, maladies de foie, kyste, ascite, hernie diaphragmatique ou autres, etc...).

L'analyse des urines est indispensable ; souvent, en effet, la dyspnée n'est que la conséquence de l'urémie. Mais il peut arriver que l'urine ne renferme pas d'albumine, bien que le sujet soit atteint de mal de Bright ; dans ce cas, il faut rechercher s'il n'existe pas quelques autres phénomènes habituels aux brightiques (mictions nocturnes fréquentes, sensation du doigt mort, hypothermie, démangeaisons, troubles auditifs et oculaires légers, dilatation pupillaire anormale, etc...).

DYSTOCIE

A recevoir. — 1° Toute femme ayant eu un ou plusieurs accouchements relevant de la dystocie, si elle a passé l'âge critique et semble définitivement à l'abri d'une nouvelle grossesse.

2° Toute femme ayant eu des métrorrhagies fréquentes avant, pendant, ou après ses grossesses, si elle a atteint l'âge de la ménopause sans que sa santé générale en soit altérée.

A recevoir avec réserves. — 1° Toute femme dont le diamètre sacro-pubien n'a pas plus de 9 centimètres et demi et moins de 8 centimètres et demi.

2° Toute femme guérie depuis plusieurs années d'un corps fibreux, d'un polype, d'un kyste de l'ovaire, si sa santé est excellente au moment de l'examen médical.

3° Toute femme, non syphilitique, ayant avorté une ou plusieurs fois sous l'influence d'un traumatisme déterminé.

4° Toute femme ayant eu un seul accouchement compliqué d'une hémorrhagie grave.

5° Toute femme ayant eu un seul accouchement compliqué d'éclampsie.

A refuser. — 1° Toute femme ayant un rétrécissement du bassin tel, que le plus petit de ses diamètres soit égal ou inférieur à 8 centimètres.

2° Toute femme ayant un rétrécissement non osseux, dû à un corps fibreux, à un polype, à un kyste de l'ovaire, etc... si ce rétrécissement est assez considérable pour rendre tout accouchement périlleux.

3° Toute femme, syphilitique ou non, ayant eu des avortements répétés et nombreux.

4° Toute femme ayant eu, à ses accouchements précédents, des hémorrhagies puerpérales inquiétantes.

5° Toute femme ayant eu des attaques d'éclampsie, à chacun de ses accouchements.

OBSERVATIONS

La dystocie n'a d'importance que pour les cas qui relèvent directement de la mère ; les accouchements qui ont été laborieux par le fait du fœtus, ne permettent pas de refuser une femme.

Au contraire, il faut refuser toute femme qui n'a pu ou ne pourrait accoucher normalement, par suite d'une malformation du bassin.

Pour mesurer le bassin, il faut se servir du compas de Baudelocque ou pratiquer le toucher vaginal. Dans la pratique des assurances sur la vie, il faut toujours avoir recours au compas de Baudelocque.

On applique, sur la femme vêtue simplement de sa chemise, une des branches du compas au niveau de l'apophyse épineuse de la première vertèbre du sacrum, et l'autre au sommet de la symphyse pubienne. Il suffit, alors, de lire, sur la règle graduée

de l'instrument, le nombre de centimètres marqués pour connaître le degré d'écartement d'un point à l'autre.

Sur un bassin normal, on doit trouver 19 centimètres pour les points indiqués précédemment et 27 ou 28 centimètres pour la mensuration allant du milieu d'une crête iliaque à l'autre, ou bien d'un trochanter à l'autre. Au-dessous de ces chiffres, il y a rétrécissement.

Comme l'épaisseur du sacrum, au niveau du promontoire, est de 6 centimètres et demi, et celle du pubis de 1 centimètre et demi, il reste 11 centimètres pour le diamètre antéro-postérieur du bassin ou diamètre sacro-pubien.

Avec le toucher vaginal mensurateur, si la pulpe du doigt ne peut atteindre le haut du sacrum, le rétrécissement (s'il en existe un) n'est pas au-dessous de 8 centimètres et demi et par suite l'accouchement spontané est possible ; si, au contraire, l'index arrive à toucher la saillie formée par le promontoire, il faut mesurer la longueur du doigt introduit, en ayant soin de ne la compter qu'à partir du point qui correspond exactement à la symphyse. Pour connaître le degré du rétrécissement, on défalque alors 1 centimètre à 1 centimètre et demi sur cette mesure, car la ligne oblique ascendante formée par le doigt placé dans le vagin est plus longue que la ligne horizontale qui passe par le promontoire et le sommet de la symphyse, et on obtient la mesure réelle du diamètre sacro-pubien.

Le rétrécissement osseux du bassin reconnaît pour

causes, le rachitisme, l'ostéomalaeie, les luxations spontanées ou aeeidentelles des fémurs, les fractures de euisse eompliquées d'un fort raccourcissement, etc...

Le rétrécissement non osseux peut être dû à un eorps fibreux ou à un polype, à un kyste de l'ovaire, à une tumeur quelconque du petit bassin.

— Voir les articles : *Avortement*, *Eclampsie* et *Grossesse*.

DYSURIE

A recevoir. — Tout proposant ayant eu une atteinte de dysurie passagère due à une surdistension accidentelle de la vessie.

A recevoir avec réserves. — 1° Tout proposant ayant eu une atteinte de dysurie due à un rétrécissement blennorrhagique léger, si ce rétréeissement est radicalement guéri depuis deux ans au moins.

2° Toute femme atteinte de dysurie par déviation utérine.

3° Toute femme atteinte de dysurie hystérique.

A refuser. — 1° Tout proposant atteint de dysurie due à un rétrécissement uréthral aeeentué ou sujet à récidives.

2° Tout proposant atteint de dysurie due à une hypertrophie prostatique.

3° Tout proposant atteint de dysurie due à un

calcul ou à un corps étranger de la vessie (non opéré ou récidivé après opération).

4° Toute femme atteinte de dysurie due à une tumeur utérine.

5° Toute femme atteinte de dysurie due à la grossesse.

6° Tout proposant atteint de dysurie due à une affection médullaire ou cérébrale.

OBSERVATIONS

Les causes de la dysurie sont nombreuses et leur importance pronostique variable.

La dysurie peut être causée par une paralysie vésicale ou par un obstacle matériel quelconque à l'écoulement de l'urine.

La paralysie vésicale s'observe dans l'hystérie, la surdistension de la vessie et les lésions de la moelle ou de l'encéphale (traumatismes variés du crâne ou du rachis, fractures, luxations, mal de Pott, scléroses de la moelle, hémiplégie, paraplégie, etc...).

La rétention d'urine par obstacle mécanique peut être causée par le rétrécissement de l'urèthre, l'hypertrophie de la prostate, les calculs ou les corps étrangers de la vessie, la cystocèle (rare chez l'homme), les tumeurs de voisinage (corps fibreux, cancer de l'utérus, grossesse, déviations utérines, fractures du pubis, etc...).

— Voir l'article : *Mictions*.

E

ECHINOCOQUES

Voir l'article : *Hydatides*.

ÉCLAMPSIE

A recevoir avec réserves. — Toute femme ayant eu une seule attaque d'éclampsie puerpérale, si depuis cette attaque elle a accouché plusieurs fois sans accidents et si elle n'est pas albuminurique.

A refuser. — Toute femme ayant eu des attaques d'éclampsie, à chaque accouchement.

OBSERVATIONS

C'est entre 20 et 35 ans que s'observe le plus grand nombre de décès par éclampsie.

La moyenne annuelle des décès par éclampsie est de 5 sur 100.000 habitants.

— Voir les articles : *Dystocie* et *Epilepsie*.

ÉCROUELLES

Voir les articles : *Abcès froids*, *Adénites chroniques* et *Scrofulose*.

ECTOPIE RÉNALE

(REIN FLOTTANT)

A recevoir avec réserves. — Tout proposant atteint d'ectopie rénale, si les fonctions du rein sont parfaites et si l'urine émise est normale.

OBSERVATIONS

L'ectopie rénale s'observe 100 fois chez la femme, contre 18 fois chez l'homme.

Son pronostic est très bénin; souvent même cette affection disparaît totalement à l'âge de la ménopause.

Il convient, néanmoins, de n'accepter tout proposant atteint d'ectopie rénale qu'avec réserves, car le rein flottant peut provoquer une néphrite ou une pyélite.

ECZÉMA

A recevoir. — Tout proposant atteint d'eczéma, sans complications.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant atteint d'eczéma et né de parents morts de cancer.

A refuser. — 1° Tout proposant eczémateux, atteint de catarrhe bronchique, d'asthme ou d'emphysème.

2° Tout proposant sujet à avoir de l'eczéma rouge, suraigu, généralisé et accompagné de phénomènes fébriles intenses.

3° Tout proposant eczémateux ayant eu une ou plusieurs atteintes de pemphigus.

OBSERVATIONS

L'eczéma ne peut être une cause de refus pour un proposant, car il n'amène pour ainsi dire jamais la mort.

Le médecin ne peut donc avoir à refuser, et même à formuler des réserves, que dans des cas exceptionnels.

L'eczéma et le cancer ont des rapports étroits dont il importe de tenir compte au point de vue héréditaire.

Enfin, l'eczéma peut se transformer en pemphigus chronique foliacé, qui se termine toujours par la mort.

ELAÏURIE

Voir l'article : *Chylurie*.

ÉLÉPHANTIASIS DES ARABES

(MAL DES BARBADES)

A recevoir avec réserves.

OBSERVATIONS

L'éléphantiasis des Arabes est plutôt une difformité qu'une maladie, car les sujets qui en sont atteints jouissent le plus souvent d'une santé parfaite.

Cette affection est d'ailleurs très rare dans nos pays; elle s'observe en Arabie, en Egypte, au Mexique, au Brésil et dans les Barbades (*mal des Barbades*).

Chez l'homme, elle atteint de préférence le scrotum et le pénis; chez la femme, le clitoris, les grandes et les petites lèvres. Les membres, cependant, n'en sont pas exempts.

L'éléphantiasis des Arabes peut être admis par les compagnies d'assurances sur la vie dans presque tous les cas, en raison de son extrême durée; mais il est prudent que le médecin examinateur formule des réserves, car l'existence des sujets atteints d'éléphantiasis peut être abrégée, soit par un état anémique grave, soit par des complications : phlébite, phlegmon profond, gangrène, etc...

— Voir l'article : *Lèpre* (pour l'éléphantiasis des Grecs).

EMBOLIES

EMBOLIE CÉRÉBRALE. — Voir l'artiele : *Ramollissement cérébral.*

EMBOLIE PULMONAIRE. — Voir l'article : *Hémoptysies.*

EMPHYSÈME PULMONAIRE

A recevoir. — Tout proposant issu de parents emphysémateux, non emphysémateux lui-même, s'il n'a ni affeetion eardiaque, ni maladie broncho-pulmonaire et si sa poitrine est bien eonformée.

A recevoir avec réserves. — 1° Tout proposant issu de parents emphysémateux, sujet à avoir des bronchites répétées ou de l'essoufflement.

2° Tout proposant ayant une légère tendanee à l'emphysème, s'il est issu de parents non emphysémateux et si son cœur est normal.

A refuser. — Tout proposant manifestement emphysémateux, que son eœur soit normal ou non.

OBSERVATIONS

L'emphysème pulmonaire ne peut être accepté par les compagnies d'assurances sur la vie que dans les cas simples, très légers et non héréditaires.

Le plus souvent cette affection s'accompagne de lésions cardiaques, notamment de dilatation du cœur droit et d'accidents broncho-pulmonaires. Enfin, l'emphysème masque quelquefois la tuberculose.

Le médecin doit soupçonner l'existence de l'emphysème pulmonaire chez tous les sujets qui ont la poitrine déformée (globuleuse), et chez ceux qui rendent une grande quantité d'acide urique.

— Voir l'article : *Asthme*.

EMPOISONNEMENTS

Voir les articles : *Alcoolisme*, *Arsenicisme*, *Benzinisme*, *Hydrargyrisme*, *Morphinisme*, *Phosphorisme*, *Saturnisme* et *Théisme*.

EMPYÈME

A refuser.

Voir l'article : *Pleurésie*.

ENCÉPHALITES CHRONIQUES

A refuser.

Voir les articles : *Paralysie générale* et *Myélites*.

ENCHONDROMES

Voir les articles : *Chondromes* et *Tumeurs*.

ENDOCARDITES CHRONIQUES

Voir l'article : *Lésions valvulaires*.

ENTÉRITE CHRONIQUE

OBSERVATIONS

L'entérite chronique peut être le résultat d'un mauvais régime alimentaire, d'excès alcooliques, d'une maladie de foie ou de l'appareil cardio-pulmonaire, de la tuberculose, du mal de Bright, de l'arthritisme, d'une atrophie de l'appareil glandulaire intestinal, etc...; le médecin examinateur doit conclure à l'acceptation ou au refus du proposant, suivant l'importance pronostique de cette cause.

— C'est entre 50 et 60 ans que s'observe le plus grand nombre de décès par entérite chronique.

La moyenne annuelle des décès par entérite chronique est de 15 sur 100,000 habitants. Sur 100 malades adultes, des deux sexes, atteints d'entérite, il en succombe environ 9 par an; sur 100 hommes atteints d'entérite, on compte 8 décès annuels; sur 100 femmes, 12 décès.

— Voir les articles : *Diarrhée* et *Dysentrie*.

ENTÉROTOMIE

A refuser.

ENTÉRORRHAGIES

A recevoir. — 1° Tout proposant atteint d'entérorrhagies nettement supplémentaires.

2° Tout proposant ayant été atteint d'une ou plusieurs entérorrhagies dans le cours d'une maladie aiguë, s'il n'en est résulté aucun accident.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant atteint d'entérorrhagies hémorrhoïdales bénignes, sans retentissement sur la santé générale.

A refuser. — 1° Tout proposant atteint d'entérorrhagies hémorrhoïdales abondantes et fréquemment renouvelées.

2° Tout proposant atteint d'entérorrhagies symptomatiques.

OBSERVATIONS

Le pronostic de l'entérorrhagie est subordonné à sa cause.

L'entérorrhagie est généralement le résultat d'une lésion organique (entérite ulcéreuse, dysenterie chronique, tuberculose intestinale, polype, angiome, cancer, ulcère rond, hémorrhoïdes, etc...). L'existence du cancer doit être particulièrement redoutée chez les

gens âgés qui rendent du sang (mœlena) lorsqu'ils vont à la garde-robe.

L'entérorrhagie par fluxion ou stase sanguine est, au contraire, très rare; elle peut néanmoins s'observer dans les affections du cœur et surtout dans la cirrhose hépatique.

Quant à l'entérorrhagie supplémentaire des règles, elle est tout à fait exceptionnelle et ne se voit que chez quelques femmes à l'époque de la ménopause. En principe, il ne faut pas l'admettre.

Les entérorrhagies qui se produisent au cours des maladies aiguës, graves (fièvres éruptives, scorbut, purpura, fièvre jaune, ictère grave, hémophilie, etc.) n'ont qu'un intérêt rétrospectif pour le médecin de compagnies d'assurances sur la vie. Il n'a à s'en préoccuper qu'autant qu'elles peuvent avoir retenti sur la santé générale du proposant.

ENTOZOAIRES

A recevoir. — Tout proposant atteint d'ascarides, d'oxyures, de trichocéphales ou du tænia, si sa santé générale est bonne.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant atteint du tænia, si sa santé générale est altérée.

A refuser. — Tout proposant atteint d'ankylostome duodénal.

OBSERVATIONS

Les entozoaires n'ont qu'un très minime intérêt. considérés par rapport à l'assurance sur la vie.

Les *oxyures vermiculaires* et les *ascarides lombricoïdes* ne peuvent faire refuser un proposant, ils s'observent, d'ailleurs, bien plus souvent chez les enfants que chez les adultes.

La même remarque s'applique au *tricocéphale* et aux diverses variétés de *tænias* (le *tænia solium* ou *armé* produit par le cysticerque du porc ; le *tænia mediocanellata* ou *inerme* produit par le cysticerque du bœuf et du veau ; le *botriocéphale* produit soit par une larve nageant dans certaines eaux, soit par quelques poissons comme la *Ferra* du lac de Genève et la *Ligula nodosa* du saumon).

Pour que ces entozoaires puissent devenir une cause de refus, il faut que leur présence provoque des troubles graves de la santé générale ; dans ce cas, d'ailleurs, le médecin peut encore accepter le proposant. si ce dernier consent à expulser le ver dont il est atteint.

L'*ankylostome duodénal* ne peut permettre à un proposant de s'assurer sur la vie, car ce ver détermine des hémorrhagies répétées et, consécutivement. de la chlorose grave.

— Voir les articles : *Anémie*, *Filaires*, *Hydatides* et *Trichinose*.

ÉPILEPSIE

A recevoir. — Tout proposant issu de père et mère épileptiques, ou mieux de père seul épileptique, s'il est indemne d'épilepsie, de névropathie ou d'une maladie diathésique grave, âgé au moins de 30 ans, de préférence du sexe masculin, et non entouré de parents (frères, sœurs ou enfants) épileptiques ou gravement névrosés.

A recevoir avec réserves. — 1° Tout *homme* né d'un père épileptique et d'une mère saine, âgé de 30 et même de 20 ans, légèrement névropathique ou diathésique, s'il est indemne d'épilepsie et non entouré de parents (frères, sœurs ou enfants) épileptiques ou gravement névrosés.

2° Toute *femme* née d'un père épileptique et d'une mère saine, légèrement névropathique ou diathésique, si elle a dépassé l'âge de la ménopause, si elle est indemne d'épilepsie et non entourée de parents (frères, sœurs, enfants) épileptiques ou gravement névrosés.

A refuser. — 1° Tout proposant issu de parents épileptiques, non épileptique lui-même, mais très entaché de névropathie et âgé de 20 à 30 ans au plus.

2° Tout proposant issu de parents épileptiques, non épileptique lui-même, mais atteint d'alcoolisme, de tuberculose, de scrofule ou de syphilis.

3° Tout proposant issu de parents épileptiques, non épileptique lui-même et non entaché de névro-

pathie ou de diathèse, mais entouré de parents (frères, sœurs ou enfants) épileptiques ou gravement névrosés.

4° Tout proposant atteint d'épilepsie-névrose ou d'attaques épileptiformes, symptomatiques d'une lésion du crâne ou de l'encéphale, d'alcoolisme, etc.

5° Tout proposant ayant eu de l'épilepsie héréditaire ou non, et s'en croyant guéri.

OBSERVATIONS

L'hérédité joue un grand rôle dans l'étiologie de l'épilepsie-névrose.

Dans les trois quarts des cas, en effet, l'épilepsie-névrose engendre l'épilepsie-névrose ou une névropathie grave. Néanmoins, les compagnies d'assurances sur la vie peuvent accepter la plupart des sujets issus de parents épileptiques, car, en général, l'épilepsie héréditaire s'observe toujours avant 20 ans, âge auquel on peut songer seulement à s'assurer.

Plus le proposant est âgé, plus il est à l'abri de l'épilepsie héréditaire ; à partir de 30 et surtout de 40 ans, il peut vraiment être considéré comme hors de danger, surtout si c'est un homme ou une femme ayant dépassé l'âge de la ménopause.

L'épilepsie héréditaire paternelle s'observe bien moins souvent que l'épilepsie maternelle.

Enfin, l'épilepsie héréditaire est bien plus fréquente chez la femme que chez l'homme ; toute jeune fille ou femme adulte, née de père ou de mère épileptique

a de grandes chances de devenir elle-même épileptique ; ce n'est qu'à partir de l'époque de la ménopause qu'elle s'y trouve aussi peu exposée que l'homme.

On peut donc établir, comme règle générale, que le médecin examinateur doit toujours se montrer plus sévère, toutes choses égales d'ailleurs, pour l'acceptation d'une femme que d'un homme.

Quant aux attaques épileptiformes qui résultent d'une maladie de l'encéphale ou du crâne (tumeur du cerveau, affection des méninges, exostoses intra-crâniennes, fractures du crâne avec enfoncement des os, etc...), de l'alcoolisme, de l'urémie, etc..., elles sont toujours incompatibles avec l'assurance sur la vie ; le médecin ne peut même en conseiller l'acceptation aux compagnies, si elles n'existent que dans le passé pathologique du proposant.

Les attaques localisées, plutôt épileptiformes qu'épileptiques, sont souvent les plus à craindre.

— C'est de 20 à 60 ans, qu'il succombe le plus d'épileptiques.

Il meurt, en moyenne par an, 3 épileptiques sur 100,000 habitants. Sur 100 épileptiques adultes, des deux sexes, il en succombe environ 3 par an ; sur 100 hommes épileptiques, on compte 3 décès annuels ; sur 100 femmes, 4 décès.

— Voir les articles : *Eclampsie*, *Hystérie*, *Neurasthénie* et *Névropathie*.

EPISPADIAS

A recevoir. — Tout proposant atteint d'épispadias incomplet, balanique ou pénien, ne déterminant aucune gêne et non accompagné de complications.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant atteint d'épispadias complet (pubien), ne déterminant aucune gêne.

A refuser. — Tout proposant atteint d'épispadias, avec complications.

OBSERVATIONS

L'épispadias n'étant qu'un vice de conformation, peut être accepté par les compagnies d'assurances sur la vie.

Mais, le médecin examinateur doit s'enquérir de l'état de l'épispadias ; ne l'accepter qu'avec réserve s'il est une cause de gêne réelle pour le malade, et le refuser s'il est compliqué d'incontinence d'urine, d'exstrophie de la vessie, d'écartement des pubis, etc. En outre, le médecin doit conseiller à la compagnie qu'il représente, d'introduire une clause spéciale dans la police concernant les risques à courir en cas d'opération.

Comme cette opération peut amener la mort, la compagnie peut encore ajourner le proposant jusqu'à la guérison opératoire.

—Voir l'article : *Hypospadias.*

ÉPISTAXIS

A recevoir. — 1° Tout proposant atteint d'épistaxis nettement supplémentaires.

2° Tout proposant atteint d'épistaxis dues à un état pléthorique sans gravité.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant âgé de 35 à 40 ans ou plus, atteint d'épistaxis non supplémentaires, mais ne pouvant néanmoins être rapportées à une affection organique du cœur, du foie ou des reins, ou à une cachexie.

A refuser. — 1° Tout proposant atteint d'épistaxis symptomatiques d'une maladie de foie, des reins, du cœur, d'une cachexie.

2° Tout proposant atteint d'épistaxis dues à un polype nasal.

3° Tout proposant atteint d'épistaxis causées par une tumeur ou une ulcération maligne du nez.

OBSERVATIONS

L'épistaxis n'a d'importance que par sa cause.

Ainsi, les épistaxis qui s'observent chez les enfants et les jeunes gens, n'ont pas de gravité ; il en est de même des épistaxis des pléthoriques et de celles qui sont supplémentaires des hémorrhoïdes ou bien des règles chez quelques femmes parvenues à l'âge de la ménopause.

Les épistaxis symptomatiques d'une cachexie (chloro-anémie, purpura, scorbut) ou d'une affection viscérale (cirrhose, néphrite, cardiopathie) indiquent, au contraire, un état sérieux, incompatible avec l'assurance sur la vie.

Quant aux épistaxis qui surviennent dans le cours des fièvres graves, elles n'ont aucun intérêt au point de vue des assurances.

ÉPITHÉLIOME

A refuser.

OBSERVATIONS

L'épithéliome est une tumeur maligne analogue au cancer, toujours mortelle.

Il faut se défier tout spécialement des tumeurs, bénignes en apparence, situées à la face, à la langue, au palais, au pharynx, au larynx, à l'anus et aux parties génitales.

— Voir les articles : *Cancer*, *Psoriasis* et *Tumeurs*.

ÉPULIS

A refuser.

OBSERVATIONS

L'épulis ne peut être acceptée par les compagnies d'assurances sur la vie, car, à côté d'épulis fibreuses

sans gravité, il y a des épulis sarcomateuses et épithéliales.

La marche de l'épulis est très lente.

Enlevée, l'épulis peut repulluler, et, de simple qu'elle était d'abord, se transformer en sarcome.

ÉRECTILES (tumeurs)

Voir les articles : *Angiomes* et *Tumeurs*.

ÉRYSIPÈLE PÉRIODIQUE

A recevoir avec réserves.

OBSERVATIONS

L'érysipèle périodique s'observe surtout chez les femmes aux époques menstruelles.

Son pronostic est peu grave.

ESTHIOMÈNE DE LA VULVE

A refuser.

OBSERVATIONS

L'esthiomène de la vulve a une marche lente, néanmoins les femmes qui en sont atteintes ne doivent pas être admises par les compagnies d'assurances sur la vie, car les unes succombent à leur

maladie et les autres à la tuberculose pulmonaire. — Voir l'article : *Lupus*.

ESTOMAC

Voir les articles : *Dilatation de l'estomac* (pour les divers modes d'exploration de l'estomac). *Dyspepsies*, *Gastralgie*, *Gastrite chronique*, *Gastrorrhagie* et *Hémorrhagie stomacale*.

ÉTRANGLEMENT HERNIAIRE

Voir l'article : *Hernies*.

EXCÈS

OBSERVATIONS

Tout proposant doit être soigneusement examiné au point de vue des excès qu'il a pu commettre.

Ces excès, en effet, engendrent et provoquent beaucoup de maladies.

Le déchaînement des passions, les préoccupations, les soucis de la vie, prédisposent au diabète.

Les excès de table sont une cause fréquente de gravelle.

Les excès vénériens ont une influence puissante sur la goutte : « Avec le vin pour père, la bonne

chère pour mère et Vénus pour nourrice, on a un enfant qui a la goutte, » dit le proverbe.

EXOSTOSES

OBSERVATIONS

Les exostoses sont le plus souvent de nature syphilitique ; le médecin examinateur ne doit donc pas accepter les proposants qui en sont atteints. Aucun accident tertiaire n'est compatible avec l'assurance sur la vie.

Les exostoses traumatiques, qui sont aussi très fréquentes, ne nécessitent pas le refus, à moins qu'elles n'apportent de sérieuses entraves au bon fonctionnement des organes voisins.

Quant aux exostoses rhumatismales (rares), goutteuses, scrofuleuses, etc..., leur pronostic est entièrement subordonné à la diathèse dont elles relèvent. — Voir les articles : *Scrofulose* et *Syphilis*.

EXPIRATION PROLONGÉE

OBSERVATIONS

L'expiration prolongée est un assez bon signe de tuberculose au 1er degré.

Le médecin doit donc considérer comme tuberculeux, tout proposant chez lequel l'expiration lui paraît revêtir ce caractère.

Il importe, toutefois, de se souvenir que l'expiration est toujours plus forte en arrière, à droite qu'à gauche, par suite du voisinage de la grosse bronche droite.

— Voir l'article : *Tuberculose*.

EXSTROPHIE DE LA VESSIE

A refuser.

OBSERVATIONS

Les sujets atteints d'exstrophie de la vessie peuvent vivre longtemps et devenir vigoureux ; néanmoins, les compagnies d'assurances sur la vie ne doivent pas les accepter, à cause des complications qui peuvent survenir.

— Voir les articles : *Epispadias*, *Hypospadias* et *Mictions*.

F

FACE (paralysie de la)

Voir l'article : *Paralysies*.

FARCIN CHRONIQUE

A refuser.

FIBROMES

OBSERVATIONS

Les fibromes doivent être considérés comme une cause de refus ; dans les cas les plus favorables, ils ne doivent être acceptés qu'avec réserves.

Ce sont, en général, des tumeurs bénignes, mais elles peuvent récidiver et amener parfois de réels dangers, témoin les polypes fibreux des fosses nasales ou de l'utérus, les fibromes implantés sur les aponévroses de la paroi abdominale, etc.

— Voir l'article : *Polypes*.

FIÈVRES

OBSERVATIONS

Il est évident que tout proposant atteint de fièvre ne peut songer à s'assurer sur la vie.

La question doit être posée ainsi : « Après quelles fièvres et combien de temps après ces fièvres, un proposant peut-il être admis à l'assurance ? »

Loin d'être un motif de refus pour les proposants, beaucoup de maladies aiguës, une fois guéries, favorisent, au contraire, leur acceptation ; citons : la rougeole, la variole, la scarlatine, les oreillons, la diphtérie, la coqueluche, la grippe, la fièvre typhoïde, la fièvre jaune, le typhus, le choléra, etc...

Le médecin doit seulement exiger que le proposant soit guéri depuis assez longtemps pour être à l'abri de toute complication : de la tuberculose après la rougeole, du rhumatisme et surtout de l'albuminurie après la scarlatine, d'une paralysie après la diphtérie, etc...

L'ajournement doit être prononcé pour quelques semaines ou quelques mois, si le proposant se présente trop prématurément.

Après deux, trois ou quatre mois, il n'y a, en général, aucun danger à craindre pour toutes les maladies aiguës ; mais ce n'est là qu'une indication générale, chaque cas, bien entendu, a ses indications particulières.

Les fièvres palustres, notamment, méritent des observations spéciales.

— Voir l'article : *Impaludisme*.

FILAIRES

OBSERVATIONS

La *filaire de Médine* ne se voit jamais dans nos pays, il est donc fort difficile de formuler une conclusion.

Dans le cas où un médecin se trouverait appelé à examiner un proposant atteint de filaires, il devrait l'ajourner ou le refuser suivant la marche de la maladie et l'état de la santé générale. La filaire de Médine détermine souvent une vive inflammation locale; parfois même, sa présenee a nécessité l'amputation du membre malade.

— La *Filaria sanguinis* donne lieu aux mêmes observations que celles déjà formulées pour la chylurie et les urines graisseuses.

—Voir l'article : *Chylurie* (pour la *Filaria sanguinis*).

FISTULES

OBSERVATIONS

Le pronostic des fistules est trop variable pour qu'il puisse permettre de donner des conclusions au point de vue des assurances sur la vie.

Le médecin examinateur doit baser son appréciation sur la cause de la fistule.

Citons : les fistules causées par un corps étranger, les fistules dues à une altération osseuse ou articulaire (nécrose, carie, ostéo-périostite, tubercules, tumeur blanche, etc...); les fistules qui résultent du passage d'un liquide excrémentitiel (urine, matières fécales, larmes, etc...), ou d'un liquide normal (salive, bourses séreuses, etc...); les fistules qui sont la conséquence d'une disposition anatomique spéciale (creux axillaire, creux ischio-rectal).

La fistule de l'anus qui est une des plus fréquente, doit généralement être considérée comme tuberculeuse. Il importe donc que le médecin n'accepte les proposants atteints de fistule anale qu'après un examen méticuleux et qu'il formule toujours des réserves en donnant à la compagnie d'assurances des raisons explicatives.

FLEXIONS UTÉRINES

Voir l'article : *Métrites*.

FLUEURS BLANCHES

Voir l'article : *Leucorrhée*.

FOIE

Voir les articles : *Adénomes du foie*, *Cancer*.

Cholécystite, *Cirrhoses* (pour les divers modes d'exploration du foie), *Dégénéreseences du foie*, *Hépatites*, *Hydatides*, *Ictère* et *Lithiase biliaire*.

FOLIE

A recevoir. — Tout proposant né de parents aliénés, indemne de folie ou de névropathie et âgé au moins de 40 à 45 ans si c'est un homme, parvenu au delà de la ménopause si c'est une femme.

A recevoir avec réserves. — 1° Tout proposant né de parents aliénés, indemne de folie ou de névropathie, mais entouré de parents (frères, sœurs, enfants, oncles ou tantes) aliénés ou gravement névrosés.

2° Tout proposant né de parents aliénés, non aliéné lui-même mais très névropathe, âgé au moins de 40 à 45 ans si c'est un homme, parvenu au delà de la ménopause si c'est une femme.

3° Tout proposant né de parents aliénés, indemne de folie ou de névropathie, mais âgé de moins de 40 ans.

A refuser. — Tout proposant ayant eu une atteinte quelconque de folie, ou paraissant être un dégénéré héréditaire.

OBSERVATIONS

La folie est presque toujours due à l'hérédité;

l'hérédité doit être cherchée non seulement chez le père et la mère du sujet suspecté, mais aussi chez tous ses ascendants et ses collatéraux.

L'hérédité de la folie ne se manifeste le plus souvent qu'un bon nombre d'années après la naissance ; au moins 15 à 20 et plus souvent 25, 30, 40 et 45 années. La folie héréditaire est à craindre chaque fois que le sujet n'a pas dépassé 45 ans si c'est un homme et l'époque de la ménopause si c'est une femme.

L'hérédité similaire s'observe très fréquemment dans la *Folie-suicide;* il importe donc de n'accepter qu'avec réserves les proposants qui déclarent que leur père ou leur mère s'est suicidé, que ce suicide soit attribué par eux à la folie ou à toute autre cause. Le suicide qui ne s'explique pas, soit par de grands chagrins, soit par une perte d'argent, etc..., doit demeurer suspect.

La gravité de la folie varie avec chaque cas; la mort est fréquente et due le plus souvent à la pneumonie, à la gangrène pulmonaire et à la phtisie ; par contre, de nombreux fous vivent très longtemps. Ces derniers peuvent évidemment être assurés; le médecin doit les signaler à la compagnie d'assurance, mais ne jamais endosser la responsabilité d'un semblable risque.

Le délire incohérent et mobile est plus curable que le délire logique et fixe; les accès de folie brusques sont moins sérieux que les accès qui surviennent progressivement; la folie intermittente se guérit plus facilement que la folie permanente.

La folie qui se rattache à des causes physiques (maladies aiguës diverses) est moins dangereuse que celle qui relève de l'hérédité directe, de causes morales, d'excès sexuels, de maladies nerveuses ou d'empoisonnements divers (alcoolisme, saturnisme, narcotisme, etc...).

La *Mélancolie*, la *Stupeur*, la *Manie* sont guérissables; le *Délire des persécutions*, l'*Excitation maniaque*, le *Délire aigu* et la *Folie circulaire* sont incurables; de même la *Paralysie générale*.

Enfin, le médecin examinateur doit savoir reconnaître les *dégénérés héréditaires*, car cette classe d'individus, quoique saine d'esprit en apparence, est destinée à verser dans la folie par crises intermittentes, irrégulières et paroxystiques.

Les dégénérés héréditaires présentent souvent des anomalies physiques et psychiques; citons : l'asymétrie de la boîte crânienne, le strabisme congénital, le bec-de-lièvre, les doigts surnuméraires, le pied-bot, etc..., puis, l'imbécillité ou l'idiotie congénitales (cas qui ne peuvent s'observer en matière d'assurances), les obsessions insurmontables ou les impulsions irrésistibles comme celles de l'agoraphobie, de la folie du doute, de la dipsomanie, etc...

Tous les dégénérés, bien entendu, sont incurables.

Les professions les plus exposées à la folie, sont avant tout : la profession de militaire, celle de prisonnier, d'artiste, de journaliste, d'homme de lettres, d'homme politique, de boursier, d'ecclésiastique, de médecin, etc..., en un mot, toutes celles qui sont susceptibles de surmener le cerveau soit par

des désirs ambitieux, soit par l'agiotage, soit par les tracas de la lutte pour la vie.

Les récidives après guérison s'observent environ 25 fois sur 100.

— C'est de 30 à 50 et surtout de 40 à 45 ans, que s'observe le plus grand nombre de décès par folie.

Il meurt, en moyenne, par an, 11 aliénés sur 100,000 habitants. Sur 100 aliénés adultes, des deux sexes, il en succombe environ 3 par an; sur 100 hommes aliénés, on compte 4 décès annuels; sur 100 femmes, 1 décès.

— Voir l'article : *Paralysie générale*.

FONGUS BENIN DU TESTICULE

Voir les articles : *Orchites* et *Tumeurs*.

FRIEDREICH (Maladie de)

(ATAXIE HÉRÉDITAIRE)

A refuser.

OBSERVATIONS

La maladie de Freidreich ou ataxie héréditaire a de nombreux points de ressemblance avec l'ataxie locomotrice, mais elle en diffère par la clinique et l'anatomie pathologique.

Elle se déclare dans la jeunesse, vers l'âge de 20 à 25 ans et s'attache souvent à toute une lignée.

L'hérédité similaire directe ou collatérale est la règle ; mais elle peut aussi être dissemblable. On retrouve donc dans les antécédents des sujets atteints d'ataxie héréditaire des accidents pathologiques nerveux variés (hémiplégie, folie, paralysie générale), ainsi que la syphilis, l'alcoolisme, l'arthritisme, etc.

La maladie de Friedreich amène de l'embarras de la parole, une démarche cérébelleuse, puis des phénomènes ataxiques de plus en plus prononcés jusqu'à l'impotence absolue et l'apparition d'une atrophie musculaire avec contractures et déformations considérables.

La marche de cette affection est fatalement progressive ; la mort arrive rarement après la trentième année.

— Voir les articles : *Ataxie locomotrice* et *Myélites chroniques*.

FURONCULOSE

OBSERVATIONS

Le furoncle n'a d'importance que par ses corrélations avec certains états diathésiques, comme le diabète, la goutte et la dyscrasie acide (le contenu intestinal, d'alcalin qu'il doit être normalement, est devenu acide).

Les attaques répétées de furoncle et d'anthrax à tendance gangréneuse doivent faire craindre le diabète. Il importe alors d'analyser les urines, en ayant

soin de se rappeler que le sucre peut disparaître momentanément des urines pendant les atteintes de furonculose.

— Voir l'article : *Anthrax*.

G

GALACTOCÈLE

OBSERVATIONS

Le galactocèle ou kyste laiteux n'a pas de retentissement sur la santé générale. Les compagnies d'assurances peuvent donc accepter les femmes qui en sont atteintes ; le développement exagéré de la tumeur peut seul amener des troubles fonctionnels de nature à modifier le pronostic.

— Voir l'article : *Tumeurs*.

GALACTURIE

Voir l'article : *Chylurie*.

GANGLIONS

Ganglions viscéraux. — Voir les articles : *Adénites chroniques*, *Adénopathie bronchique*, *Leucémie*, *Lymphadénie cutanée*, *Scrofulose*, *Syphilis* et *Tuberculose*.

Ganglion ou kyste synovial folliculaire. — Voir l'article : *Synovites*.

GANGRÈNES

A recevoir. — Tout proposant sain, ayant eu une atteinte de gangrène consécutive à une maladie accidentelle, médicale ou chirurgicale, disparue sans avoir laissé la moindre lésion.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant sain, ayant eu une atteinte de gangrène par ergotisme, disparue sans avoir laissé la moindre lésion.

A refuser. — 1° Tout proposant ayant eu une atteinte de gangrène consécutive à une altération du système circulatoire (thrombose, embolie et surtout athéromasie).

2° Tout proposant ayant eu une atteinte de gangrène consécutive à une altération du sang (gangrène glycohémique).

3° Tout proposant ayant eu une atteinte quelconque de gangrène, avec altération profonde de la santé ou lésions graves consécutives.

4° Tout proposant ayant eu une atteinte de gangrène pulmonaire, guérie ou non.

OBSERVATIONS

Il est nécessaire d'établir de profondes distinctions parmi les gangrènes.

En général, toutes les variétés de gangrène qui résultent d'une maladie accidentelle médicale (*gangrène des fièvres graves*) ou chirurgicale (*gangrène directe*) ne doivent pas être considérées comme dangereuses, lorsque le proposant qui en a été atteint est complètement guéri et indemne de toute lésion consécutive.

Au contraire, les gangrènes qui résultent de troubles circulatoires (*gangrène sénile ou par artériosclérose, gangrène par embolie*) sont très graves; de même celles qui sont liées à un changement dans la composition chimique du sang (*gangrène diabétique*). Aucune de ces formes n'est compatible avec l'assurance sur la vie.

La gangrène par ergotisme ne peut être acceptée par le médecin; son pronostic est très sérieux. Le proposant ne peut être admis qu'au cas où la maladie serait guérie depuis longtemps et sans avoir laissé la moindre trace.

Quant à la gangrène pulmonaire, elle est un motif constant de refus.

— C'est de 50 à 80 et surtout de 60 à 75 ans, que s'observe le plus grand nombre de décès par gangrène chirurgicale.

Il meurt, en moyenne, par an, 4 sujets par gangrène chirurgicale sur 100,000 habitants. Sur 100 sujets adultes, des deux sexes, atteints de gangrène chirurgicale, il en succombe environ 35 par an; sur 100 hommes atteints de gangrène, on compte 36 décès; sur 100 femmes, 33 décès.

— C'est de 40 à 60 ans que s'observe le plus grand nombre de décès par gangrène pulmonaire.

Il meurt, en moyenne par an, 1 sujet par gangrène pulmonaire sur 100,000 habitants. Sur 100 sujets adultes, des deux sexes, atteints de gangrène pulmonaire, il en succombe environ 44 par an ; sur 100 hommes atteints de gangrène pulmonaire, on compte 53 décès annuels ; sur 100 femmes, 24 décès.

— Voir les articles : *Asphyxie locale des extrémités*, *Bronchites chroniques non spécifiques*.

GASTRALGIE

OBSERVATIONS

La gastralgie simple ne peut jamais être un motif de refus pour un proposant.

Quand un proposant se plaint de gastralgie, ce n'est pas l'élément douleur qui doit attirer l'attention du médecin examinateur, mais uniquement sa cause.

— Voir l'article : *Dyspepsies*.

GASTRITE

Voir l'article : *Dyspepsies*.

GASTRORRHAGIE

A recevoir. — Tout proposant sain, ayant eu une ou plusieurs gastrorrhagies accidentelles dans le

cours d'une affection aiguë disparue sans avoir laissé de traces.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant atteint de gastrorrhagies nettement supplémentaires.

A refuser. — Tout proposant atteint ou ayant été atteint de gastrorrhagies graves,

OBSERVATIONS

En principe, la gastrorrhagie doit être regardée comme une cause de refus pour les proposants qui en sont atteints, car ce symptôme indique presque toujours une lésion grave (ulcère simple ou cancer de l'estomac, cirrhoses, affections de la rate).

Le médecin examinateur ne peut accepter les proposants qui ont eu une ou plusieurs atteintes de gastrorrhagie, que sous les conditions suivantes : lorsque le vomissement de sang est survenu comme épiphénomène dans le cours d'une affection aiguë radicalement guérie depuis de longues années, ou lorsqu'il s'agit d'une gastrorrhagie supplémentaire d'une aménorrhée passagère ou de troubles menstruels dus à la ménopause.

La gastrorrhagie supplémentaire des hémorrhoïdes doit être considérée comme très douteuse ; le médecin ne peut l'accepter. D'ailleurs, toutes les hémorrhagies dites supplémentaires sont sujettes à erreur, car il est bien difficile d'en faire le diagnostic ; ces hémorrhagies exigent donc la plus grande réserve.

GÉRONTOXON

OBSERVATIONS

Le gérontoxon est dû à la dégénérescence des éléments de la cornée. Il s'observe chez les vieillards et les sujets atteints d'athérome artériel.

GIBBOSITÉ

Voir les articles : *Cyphose*, *Lordose*, *Mal de Pott*, *Rachitisme* et *Scoliose*.

GLOSSITE

OBSERVATIONS

La glossite ne peut être une cause de refus pour un proposant.

Mais, comme la *glossite disséquante* est souvent difficile à distinguer de certains épithéliomes de la langue, le médecin doit, dans ce cas, conseiller à la compagnie de ne pas accepter la proposition d'assurance qui lui est faite.

GLYCOSURIE

Voir l'article : *Diabètes*.

GOITRES

A recevoir. — Tout proposant atteint depuis longtemps d'un goître de grosseur moyenne, ne déterminant ni gêne ni accident, et non accompagné de crétinisme.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant atteint depuis longtemps d'un goître de grosseur moyenne, n'ayant jamais occasionné d'accidents sérieux, non accompagné de crétinisme, mais déterminant une véritable gêne.

A refuser. — Tout proposant atteint d'un goître accompagné de complications (goître suffocant par compression de la trachée).

OBSERVATIONS

Les goitres simples peuvent être rangés en deux catégories : le goître charnu et le goître kystique; la ponction exploratrice est le meilleur moyen de diagnostic.

L'hérédité joue un rôle important dans l'étiologie du goitre ; des familles entières en sont atteintes.

Le goître héréditaire se manifeste dès l'enfance, vers 12 ans, très rarement après 20 ans ; au delà de 40 ans il n'est plus à craindre.

L'influence géologique a aussi une grande puissance d'action sur le développement du goître ; c'est

ainsi que cette maladie s'observe dans les vallées des Alpes et des Pyrénées, dans quelques régions de l'Alsace-Lorraine et surtout en Suisse.

Le goître est beaucoup plus fréquent chez la femme que chez l'homme ; sur 20 goîtreux, on compte 19 femmes.

— Voir l'article : *Maladie de Basedow* (pour le goître exophtalmique).

GOMMES

Voir l'article : *Syphilis*.

GOUTTE

A recevoir. — 1° Tout proposant issu de parents goutteux, indemne de goutte et de toute maladie par ralentissement de la nutrition, âgé au moins de 35 à 40 ans.

2° Tout proposant issu de parents goutteux, âgé au moins de 35 à 40 ans, indemne de goutte, mais atteint de troubles névropathiques légers (migraines, névralgies légères, dyspepsie, etc.).

3° Tout proposant non issu de parents goutteux, ayant eu, à intervalles très éloignés, un ou plusieurs accès de goutte limitée aux petites articulations, sans retentissement morbide viscéral, et soignée par une hygiène et un traitement appropriés.

A recevoir avec réserves. — 1° Tout propo-

sant issu de parents goutteux, indemne de goutte et de toute maladie par ralentissement de la nutrition, âgé seulement de 20 à 35 ans.

2° Tout proposant issu ou non de parents goutteux, ayant eu quelques atteintes de goutte très légères, mais de plus en plus rapprochées.

3° Tout proposant issu ou non de parents goutteux, ayant eu quelques atteintes de goutte très légères, mais compliquées de gravelle, sans coliques néphrétiques.

A refuser. — 1° Tout proposant issu de père et mère goutteux, entouré de parents ou d'enfants goutteux, ayant eu des accès de goutte locale ou non, et peu soucieux de sa santé.

2° Tout proposant issu ou non de parents goutteux, ayant eu quelques accès de goutte compliquée d'accidents sérieux relevant du ralentissement de la nutrition.

3° Tout proposant issu ou non de parents goutteux, atteint de goutte viscérale, principalement artérielle et rénale.

4° Tout proposant non issu de parents goutteux, ayant eu plusieurs atteintes rapprochées de goutte compliquée de gravelle, et peu soucieux de sa santé.

OBSERVATIONS

La goutte est une des plus importantes manifestations de la nutrition retardée.

L'hérédité joue donc un rôle considérable dans son

étiologie; elle est similaire ou dissemblable, c'est-à-dire qu'elle peut se transmettre à l'état de goutte ou sous l'aspect d'une des maladies qui relève du ralentissement de la nutrition (obésité, rhumatisme, asthme, diabète, gravelle, eczéma, lithiase biliaire, hémorrhoïdes, dyspepsie).

L'hérédité directe est de 44 p. 100 environ; elle se transmet surtout par le père.

La goutte héréditaire se manifeste prématurément, entre 18 et 20 ans; passé 40 ans, elle n'est plus à craindre. Patissier fixe l'âge moyen à 34 ans pour la goutte héréditaire, et 38 ans pour la goutte acquise.

Lorsqu'un sujet est prédisposé par naissance à la goutte, il est généralement atteint d'accidents prémonitoires : épistaxis fréquentes dans l'enfance; migraines, névralgies, dyspepsie avec pyrosis, accès d'asthme, éruptions psoriasiques ou eczémateuses, calvitie précoce, dysménorrhée, dans l'âge de la puberté. Mais, ces manifestations s'observent chez les enfants issus de parents goutteux ainsi que chez tous ceux qui sont nés de parents atteints d'une maladie quelconque par ralentissement de la nutrition; il est donc fort difficile d'affirmer qu'elles seront fatalement suivies de goutte. D'ailleurs, lorsque la goutte se borne à ces accidents morbides, elle prend le nom de *goutte larvée.*

La goutte est bien plus fréquente chez l'homme que chez la femme; sur 14 goutteux, on compte 13 hommes et 1 femme seulement.

Enfin, la goutte est rare dans les pays chauds (les races noires et jaunes en sont presque exemptes);

elle est fréquente, au contraire, dans les pays tempérés, surtout en Hollande et en Angleterre.

La goutte est une maladie qui procède par accès aigus, mais comme ces accès ont pour origine une dyscrasie sanguine (production excessive d'acide urique dans le sang, ou, plus probablement, formation exagérée ou destruction trop lente des acides organiques), elle laisse sur l'organisme une empreinte indélébile. C'est à ce titre qu'elle doit vivement éveiller l'attention des compagnies d'assurances sur la vie.

Les dépôts d'urate de soude (*tophus*) sont la caractéristique de la goutte chronique ; limités aux petites ou aux grandes articulations, ils constituent la *goutte locale;* étendus à d'autres tissus et, en particulier, aux principaux viscères, ils forment la *goutte viscérale* ou la *goutte remontée.*

Les *tophus* se développent fréquemment du côté de l'oreille, sur le bord libre de l'hélix et dans la rainure située entre l'hélix et l'anthélix. C'est toujours à cette région qu'il faut commencer par les rechercher. Mais tout goutteux n'a pas forcément des tophus; ce fait montre l'insuffisance théorique de la formation en excès d'acide urique dans le sang.

La *goutte viscérale*, ou, si l'on préfère, les coïncidences morbides de la goutte, sont très périlleuses pour les compagnies d'assurances sur la vie; sur quatre goutteux il y en a environ un qui en est atteint.

Les accidents morbides du côté du cœur et des artères sont très graves : au cœur, ce sont d'abord des

palpitations avec intermittences et oppression, puis de la stéatose avec dilatation pouvant amener la mort subite, soit par syncope, soit par rupture : aux artères, c'est de l'athéromasie et surtout de l'aortite chronique avec du rétrécissement des artères coronaires accompagné de phénomènes angineux. Les complications cardiaques sont peu communes; les complications artérielles, au contraire, sont très fréquentes.

Les manifestations goutteuses rénales sont encore plus fréquentes et peut-être aussi plus graves. Un goutteux sur trois est atteint de gravelle urique et parfois de la pierre; à un degré plus avancé, il est pris de néphrite interstitielle, uratique ou non; à la dernière période, enfin, il n'est pas rare de constater l'apparition d'un cancer de la vessie ou du rectum.

Les accidents cérébraux peuvent être bénins ou sérieux ; les premiers consistent en vertiges, migraines céphalées, névralgies, etc..., les seconds, en encéphalopathie urémique, hémorrhagies cérébrales ou méningées, et sont le résutat d'une néphrite interstitielle ou d'une artério-sclérose cérébrale.

La dyspepsie goutteuse avec pyrosis est très fréquente ; en général, elle se borne à quelques symptômes sans gravité, mais les crises gastralgiques peuvent simuler les coliques hépatique et néphrétique, ou les crises gastralgiques de l'ataxie.

Au foie, on observe la cirrhose, la stéatose, les congestions, etc...

Du côté des voies respiratoires, la goutte peut

devenir la cause occasionnelle de la bronchite chronique, de la congestion, de l'emphysème, etc...

Le pronostic de la goutte est variable.

Un seul ou plusieurs accès éloignés, n'ayant déterminé ni déformations des jointures, ni manifestations viscérales, n'impliquent pas de gravité, surtout si le malade se soigne attentivement avec un régime et un traitement appropriés. La goutte chronique, au contraire, accompagnée de déformations articulaires et de troubles morbides viscéraux divers (surtout l'athéromasie et la néphrite interstitielle), doit être considérée comme très grave bien que la vie puisse parfois encore être assez prolongée. Quant à la cachexie goutteuse, son pronostic est des plus sombres.

Comme un goutteux sur quatre est affecté de néphrite interstitielle, il est indispensable d'examiner les urines de tous les goutteux. Il faut rechercher l'albumine et la proportion des matériaux solides (surtout de l'acide urique) excrétés par les reins.

La quantité normale d'acide urique éliminée en vingt-quatre heures est de 40 à 80 centigrammes. Cet acide, étant presque insoluble dans l'urine, se retrouve généralement combiné à la soude à l'état d'urates plus solubles ; si l'urine en contient un excès, il se dépose un précipité rouge brique d'urates acides ou d'acide urique libre qui adhère aux parois du vase.

Ce précipité est composé de cristaux rouges très faciles à distinguer au microscope.

On peut encore reconnaître leur caractère par la

réaction de la murexide qui consiste à mélanger dans une capsule de porcelaine deux gouttes d'acide nitrique avec un peu de sédiment pulvérisé et à évaporer lentement jusqu'à siccité ; la tache jaune rougeâtre qui se forme devient rouge pourpre (murexide ou purpurate d'ammoniaque) si on la mouille avec de l'ammoniaque, et violet pourpre avec une solution de potasse.

Pour connaître le poids de l'acide urique contenu dans l'urine, on peut employer la méthode de Méhu. Cette méthode approximative consiste à multiplier par 2 les deux derniers chiffres de la densité de l'urine ; le résultat obtenu indique la quantité d'acide urique pour un litre d'urine.

La méthode très exacte des pesées consiste à ajouter 5 centimètres cubes d'acide chlorhydrique pur à 100 centimètres cubes d'urine. Après quarante-huit heures on recueille sur un filtre séché et taré les cristaux précipités ; on lave à l'eau, on dessèche et on pèse.

Le professeur Ch. Bouchard, qui a pesé l'acide urique total des urines excrétées par les goutteux en vingt-quatre heures, a trouvé, dans les périodes intercalaires des accès, des chiffres qui varient de 40 centigrammes à 1^{gr}, 50 c'est-à-dire égaux ou notablement supérieurs à la normale.

Quant à la recherche de l'acide urique dans le sang, elle se fait par le *procédé* dit *du fil*.

On place dans un verre de montre 6 à 8 grammes de sérosité de sang frais obtenu au moyen d'une ventouse scarifiée, ou de sérosité de vésicatoire, on ajoute quelques gouttes d'acide acétique pour décom-

poser l'urate de soude, puis on plonge dans le mélange quelques fils de lin très fins. Au bout de quarante-huit heures, ces fils sont couverts de cristaux d'acide urique visibles au microscope. Ces cristaux constitués par la lamelle rhomboïdale à forme de pierre à aiguiser, ont toujours une teinte rouge jaunâtre qui permet de les distinguer avec facilité.

Le procédé du fil ne permet pas de déceler les traces minimes d'urate de soude que renferme le sang normal, mais il permet de doser l'excès d'acide urique du sang des goutteux depuis 4 jusqu'à 10 centigrammes par litre.

— C'est de 50 à 80 et surtout de 60 à 70 ans qu'il succombe le plus de goutteux.

Il meurt, en moyenne par an, un goutteux sur 100,000 habitants. Sur 100 hommes goutteux, il en succombe environ un par an.

GRAVELLE

A recevoir. — Tout proposant issu de parents graveleux, indemne de gravelle et de toute maladie par ralentissement de la nutrition, âgé autant que possible de 40 ans.

A recevoir avec réserves. — 1° Tout proposant issu de parents graveleux, âgé de moins de 40 ans, indemne de gravelle, mais atteint de troubles morbides peu graves dus à la nutrition retardée.

2° Tout proposant non issu de parents graveleux

ou atteints d'une maladie par ralentissement de la nutrition, ayant eu, à intervalles éloignés, un très léger degré de gravelle caractérisée uniquement par un dépôt de sable fin, sans complications rénales d'aucune sorte.

A refuser. — Tout proposant issu ou non de parents graveleux, atteint de lithiase urinaire bien confirmée, avec ou sans coliques néphrétiques.

OBSERVATIONS

La gravelle comprend trois formes principales ; la gravelle urique, la gravelle oxalique et la gravelle phosphatique.

Les deux premières, surtout la première, sont liées à un trouble général de la nutrition, la troisième est entièrement subordonnée au catarrhe de la vessie.

L'hérédité de la diathèse urique, et partant de la gravelle, est toute-puissante ; elle s'observe à l'état similaire une fois sur cinq ; dans les autres cas elle est dissemblable. Tout sujet atteint d'une maladie par ralentissement de la nutrition peut donner naissance à des graveleux ; c'est ainsi que la gravelle a une véritable parenté avec la dyspepsie, la migraine, l'eczéma, l'asthme, les hémorrhoïdes, l'obésité (1 graveleux sur 10 obèses), le diabète (1 graveleux sur 6 diabétiques), la goutte (1 graveleux sur 3 goutteux) et la lithiase biliaire (1 graveleux sur 10 sujets atteints de lithiase biliaire).

La gravelle héréditaire se manifeste de bonne heure, vers l'âge de 18 à 30 ans; à partir de 40 ans, elle n'est plus à craindre. La gravelle, d'ailleurs, s'observe pendant toute la période de l'âge adulte, depuis 20 jusqu'à 80 ans. L'enfance y est exposée, mais beaucoup moins.

La gravelle est bien plus fréquente chez l'homme que chez la femme; on compte au moins 5 hommes graveleux contre une femme.

La gravelle s'observe dans tous les climats, mais principalement dans les régions tempérées : Hollande, Angleterre. Toutes les races en sont tributaires. La gravelle urique appartient aux riches; la gravelle oxalique aux pauvres.

La gravelle urique bien confirmée est une maladie sérieuse, car non seulement elle donne lieu à la colique néphrétique, mais aussi elle détermine souvent la mort; ses principales conséquences sont la néphropyélite, l'hydronéphrose et les calculs vésicaux (pierre). Le pronostic de la gravelle phosphatique est entièrement lié à sa cause, c'est-à-dire au catarrhe de la vessie.

Dans le cas de gravelle urique ou oxalique, les urines sont acides ; elles sont alcalines, au contraire, dans le cas de gravelle phosphatique.

Le sédiment de la gravelle urique ou rouge est formé soit par des urates acides (urate de soude et de potasse), soit par de l'acide urique libre.

Le sédiment de la gravelle oxalique est blanc et généralement composé d'oxalate de chaux.

Le sédiment de la gravelle phosphatique ou blanche

est constitué par du phosphate de chaux, du phosphate ammoniaco-magnésien et du carbonate de chaux.

L'analyse qualitative de l'oxalate de chaux se fait au moyen du microscope qui permet de voir des cristaux brillants, octaédriques carrés, caractéristiques. Les phosphates varient suivant leur espèce ; le phosphate de chaux a la forme d'aiguilles incolores souvent associées en rosaces ; le carbonate de chaux, de granulations crayeuses ou de baguettes de tambour ; le phosphate ammoniaco-magnésien, de prismes rhomboédriques ou de couvercles de cercueil. — Voir les articles : *Goutte* (pour l'analyse de l'acide urique), *Lithiase urinaire*, *Mictions*, *Oxalurie*. *Phosphaturie* (pour l'analyse des phosphates) et *Rétrécissements*.

GRAVES (Maladie de)

(GOITRE EXOPHTALMIQUE)

Voir l'article : *Maladie de Basedow*.

GROSSESSE

OBSERVATIONS

Il est imprudent d'assurer sur la vie toute femme grosse, primipare ou multipare.

Le médecin examinateur doit toujours conclure à l'ajournement, ou bien, si l'assurance est acceptée.

conseiller à la compagnie d'introduire une clause spéciale dans la police ne donnant pas droit au versement de la somme assurée en cas de décès dûment causé par le fait de la grosesse *actuelle* ou de l'accouchement.

— Voir les articles : *Aménorrhée*, *Avortement* et *Dystocie*.

H

HALLUCINATIONS

Voir l'article : *Folie*.

HAUT-MAL

Voir l'article : *Épilepsie*.

HÉBERDEN (Nodosités d')

Voir l'article : *Rhumatismes*.

HELMINTHES

Voir les articles : *Entozoaires* et *Hydatides*

HÉMATÉMÈSES

Voir l'article : *Gastrorrhagie*.

HÉMATIDROSE

A recevoir avec réserves. — Tout proposant atteint d'hématidrose, sans complications.

A refuser. — Tout proposant atteint d'hématidrose hémophilique ou d'hématidrose compliquée d'accidents graves.

OBSERVATIONS

L'hématidrose ou sueur de sang s'observe chez les sujets nerveux et surtout chez les femmes hystériques pendant la période génitale, remplaçant parfois les règles.

L'hémorrhagie, qui est ordinairement très peu abondante, a lieu au bout des doigts, au front, aux ailes du nez, aux aisselles, à la partie antérieure de la poitrine, à la face interne des cuisses, aux aines, au cuir chevelu, etc.

Elle récidive souvent, mais elle n'a pas de gravité.

Par elle-même, l'hématidrose ne peut être considérée comme une cause de refus ; le médecin examinateur doit surtout s'inquiéter des phénomènes concomittants : hystérie, chloro-anémie (rare), etc.

On a prétendu que l'hématidrose était une variété d'hémophilie; dans le cas où ce fait semblerait évident, le refus du proposant doit être la règle.

— Voir les articles : *Hémophilie* et *Hystérie*.

HÉMATOCÈLE UTÉRINE

A recevoir. — Toute femme ayant eu une hématocèle aiguë, bénigne, disparue depuis plus d'un an, sans avoir laissé la moindre trace d'induration locale et sans avoir altéré la santé générale.

A recevoir avec réserves. — Toute femme ayant eu une hématocèle guérie par induration ou au prix d'une complication abdominale quelconque, à la condition que cette femme ait dépassé l'âge de la ménopause et que cette induration ou cette complication abdominale consécutive ne paraisse plus avoir la moindre gravité.

A refuser. — Toute femme atteinte d'hématocèle péri-utérine chronique, même guérie en apparence.

OBSERVATIONS

L'hématocèle péri-utérine est une maladie chronique très sérieuse ; non seulement elle peut durer depuis 3 trois mois jusqu'à plusieurs années, mais elle peut aussi laisser à sa suite des adhérences péritonéales, des engorgements, des déviations, etc., qui sont presque toujours une contre-indication formelle à l'assurance sur la vie.

— Sur 100 femmes atteintes d'hématocèle, il en meurt environ 9 par an.

— Voir les articles : *Leucorrhée*, *Métrites*, *Métrorrhagies*, *Péritonite* et *Phlegmon péri-utérin*.

HÉMATOCÈLE VAGINALE

A recevoir avec réserves. — Tout proposant ayant eu, il y a longtemps, une hématocèle parfaitement guérie avec ou sans opération, et sans la moindre complication locale.

A refuser. — Tout proposant atteint d'hématocèle de la tunique vaginale, même guérie en apparence.

OBSERVATIONS

L'hématocèle de la tunique vaginale est une affection grave ; elle peut donner lieu, alors même qu'elle semble calmée, à des phénomènes inflammatoires mortels.

Sa durée varie de quelques mois à plusieurs années.

Si le sujet est guéri depuis longtemps, par suite d'une opération, le médecin examinateur peut lui permettre de s'assurer sur la vie. Mais, si l'opération a consisté dans la castration, le médecin ne doit se prononcer que sur le diagnostic précis du chirurgien, car le malade peut ignorer le nom de la maladie réelle pour laquelle il a été castré.

Dans le cas où l'avis du chirurgien serait impossible

à connaître, le médecin devrait exposer à la compagnie d'assurance qu'il représente les divers motifs qui plaident pour ou contre le proposant, sans prendre de décision personnelle.

HÉMATO-CHYLURIE

Voir l'article : *Chylurie.*

HÉMATURIES

A recevoir. — Tout proposant ayant eu un ou plusieurs pissements de sang dans le cours d'une blennorrhagie disparue, ou pendant une maladie grave guérie sans avoir laissé de traces.

A recevoir avec réserves. —Tout proposant non tuberculeux, ayant eu une ou plusieurs éjaculations spermatiques sanglantes, les organes génitaux étant en bon état.

A refuser. — 1° Tout proposant ayant ou ayant eu des hématuries répétées, sous l'influence d'une maladie des voies génito-urinaires ou sans cause connue.

2° Tout proposant né de parents tuberculeux, sujet aux éjaculations spermatiques sanglantes.

OBSERVATIONS

Le pissement de sang qui accompagne la blennor-

rhagie avec cystite du col n'est pas grave, de même celui qui survient passagèrement dans le cours d'une fièvre.

Au contraire, l'hématurie répétée est grave, car elle indique toujours une affection sérieuse des voies génito-urinaires : traumatisme des reins, de la vessie ou de l'urèthre, inflammation de ces mêmes organes (mal de Bright, pyélo-néphrite, fongus de la vessie), lésions organiques (cancer, tuberculose) et corps étrangers (calculs), etc...

Quant à l'hématurie supplémentaire des règles ou du flux hémorrhoïdal, son existence est douteuse.

L'éjaculation spermatique sanglante s'observe surtout chez les sujets atteints de vésiculite blennorrhagique ; cette affection peut être acceptée par les compagnies d'assurances sur la vie, malgré l'opinion peu fondée de certains auteurs qui ont voulu y voir le témoignage d'une lésion organique tuberculeuse des vésicules ou de la prostate.

— Voir l'article : *Chylurie* (pour l'hématurie endémique).

HÉMIPLÉGIES

A refuser.

Voir les articles : *Hémorrhagies cérébro-spinales* (pour l'hémiplégie généralisée) et *Paralysies* (pour l'hémiplégie faciale).

HÉMOGLOBINURIE

OBSERVATIONS

L'hémoglobinurie est presque toujours le résultat de l'hémoglobinhémie (dissolution des globules rouges dans le sang).

Les rares sujets qui sont atteints de cette affection émettent une urine de couleur rouge, pouvant aller jusqu'au noir, qui permet de constater au spectroscope les deux raies de l'oxyhémoglobine.

Cette maladie se présente surtout par accès (hémoglobinurie paroxystique). Sa pathogénie ainsi que sa symptomatologie sont encore peu connues ; mais, comme l'hémoglobinurie, quelle que soit sa cause, finit toujours par amener des lésions dans l'épithélium des tubuli contorti (néphrite chronique), il est prudent de refuser les proposants qui en sont atteints. Enfin, il survient souvent des complications pulmonaires (tuberculose, pleurésie) ou cardiaques graves (stéatose du cœur).

Les cas d'hémoglobinurie *a frigore* peuvent peut-être être admis ; toutefois, le médecin ne doit jamais assumer la moindre responsabilité.

— Voir l'article : *Hémophilie.*

HÉMOPHILIE

A refuser. — 1° Tout proposant issu ou non

de parents hémophiliques, sujet à avoir des hémorrhagies plus ou moins abondantes, à propos de rien.

2° Tout proposant atteint d'hémophilie, même à un degré léger.

OBSERVATIONS

L'hémophilie est une affection très rare. L'hérédité joue un grand rôle dans sa pathogénie; des familles entières en sont atteintes.

L'hémophilie héréditaire se déclare dès la jeunesse et tue ceux qui en sont tributaires dans la proportion de 1 sur 2; dans la plupart des cas, la mort arrive avant la 20e année.

Le sexe masculin y est beaucoup plus exposé que le sexe féminin; on compte environ 7 hommes hémophiliques pour 1 femme.

Elle est 5 fois plus fréquente en Angleterre, en Allemagne et en Amérique, qu'en Suisse et en France.

L'hémophilie est caractérisée par des hémorrhagies variées, traumatiques ou spontanées, des ecchymoses, des tumeurs sanguines qui se compliquent souvent de névroses ou de troubles articulaires. Ces hémorrhagies surviennent à propos de rien, d'une piqûre, d'une écorchure, d'une contusion, d'une avulsion dentaire, d'un changement de température ou d'une émotion, et sont parfois très abondantes.

Malgré l'apparence d'une santé parfaite, aucun hémophilique ne peut ignorer sa maladie; s'il ne sait pas toujours en dire le nom scientifique, il ne

peut pas oublier involontairement de déclarer au médecin qu'il est sujet à avoir des hémorrhagies abondantes et répétées.

L'hémophilie étant due à une altération du sang, ou plus vraisemblablement à une dégénérescence graisseuse ou amyloïde des vaisseaux, ne doit jamais être acceptée par les compagnies d'assurances sur la vie.

— Voir l'article : *Hémoglobinurie*.

HÉMOPTYSIES

A recevoir. — 1° Tout proposant atteint d'hémoptysies supplémentaires incontestables.

2° Tout proposant ayant eu accidentellement une ou plusieurs hémoptysies, disparues depuis longtemps et dues sans aucun doute, soit à un effort de chant ou de coït, soit à la raréfaction de l'air pendant une ascension.

3° Tout proposant ayant eu accidentellement une ou plusieurs hémorrhagies boncho-pulmonaires survenues pendant une fièvre grave ou une maladie aiguë, et disparues depuis longtemps sans avoir laissé de traces.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant vigoureux et sans antécédents héréditaires tuberculeux, ayant eu des hémoptysies de cause inconnue, disparues depuis très longtemps sans qu'il en soit résulté la moindre altération de sa santé.

A refuser. — Tout proposant ayant ou ayant eu une ou plusieurs hémoptysies symptomatiques d'une maladie pulmonaire (tuberculose) ou cardiaque.

OBSERVATIONS

L'hémorrhagie broncho-pulmonaire peut être légère (*hémoptysie*), très abondante (*vomique* ou *vomissement de sang*) ou foudroyante par suite d'une rupture d'anévrysme ou d'une apoplexie pulmonaire grave.

L'hémorrhagie légère est la seule qui intéresse les compagnies d'assurances sur la vie, les autres variétés ne permettant pas aux malades de songer à s'assurer.

En général, l'hémoptysie est une contre-indication absolue à l'assurance sur la vie ; elle ne fait exception à cette règle que dans des cas très rares. Ainsi, on peut admettre exceptionnellement les hémoptysies supplémentaires des règles chez certaines femmes hystériques, puis celles qui surviennent chez les sujets atteints d'hémorrhoïdes. Il en est de même pour les hémoptysies accidentelles qui peuvent se produire pendant un effort exagéré, un coït prolongé, ou bien sous l'influence de l'air raréfié dans le cours d'une ascension.

Les hémoptysies consécutives à une plaie de poitrine ou à une fracture de côte avec enfoncement du parenchyme pulmonaire peuvent être acceptées par le médecin-examinateur, si elles n'ont duré que peu de temps et si elles sont guéries depuis plusieurs années sans avoir laissé de traces.

Certaines hémorrhagies broncho-pulmonaires peuvent encore être admises, une fois guéries; ce sont celles qui s'observent dans le cours des fièvres graves à forme hémorrhagique, dans le scorbut, le purpura ou le vomito negro guéris.

Enfin, dans l'apoplexie pulmonaire, les hémoptysies qui résultent des infarctus hémoptoïques, ne peuvent être un motif de refus lorsqu'elles sont guéries, et que l'attaque apoplectique n'est pas due à une maladie grave comme l'alcoolisme, une affection cardiaque, une lésion cérébrale, une thrombose ou une embolie de l'artère pulmonaire, une néphrite, etc...

La même observation s'applique aux crachats sanglants de la congestion pulmonaire et aux crachats spéciaux de la pneumonie.

Quant aux hémoptysies qui surviennent sous l'influence des poussières irritantes (tailleurs de pierre, cardeurs de matelas, etc...), elles sont toujours très sérieuses car elles résultent d'une bronchite grave (pneumokonioses).

D'ailleurs, l'hémoptysie est 99 fois sur 100 un signe de tuberculose pulmonaire au début. C'est donc à cette maladie que le médecin doit tout d'abord penser. L'hémoptysie s'observe ensuite dans la dilatation des bronches (1/6 des cas), dans la gangrène du poumon et dans le kyste hydatique pulmonaire.

Toutes ces maladies contre-indiquent formellement l'assurance.

Quelques signes physiques permettent de distinguer ces hémoptysies les unes des autres : l'hémop-

tysie tuberculeuse est représentée par un sang rouge, vermeil. aéré, mélangé à des crachats spumeux, rejeté surtout dans les quintes de toux ; l'hémoptysie de l'apoplexie pulmonaire est caractérisée par le rejet d'un sang noir peu coagulable et peu abondant ; le crachat du cancer pulmonaire a une teinte gelée de groseille ; le crachat de la gangrène pulmonaire a une couleur verdâtre et une odeur caractéristique ; dans le kyste hydatique du poumon, le crachement de sang n'arrive presque toujours qu'à la période ultime de la maladie.

En outre de ces signes, le médecin doit se guider sur les phénomènes stéthoscopiques et l'état du malade.

— Voir l'article : *Congestion pulmonaire.*

HÉMORRHAGIES BRONCHO-PULMONAIRES

Voir l'article : *Hémoptysies.*

HÉMORRHAGIES CÉRÉBRO-SPINALES

A recevoir. — Tout proposant issu de parents apoplectiques, s'il est jeune, non prédisposé à l'apoplexie cérébrale et indemne de toute tare diathésique.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant légèrement pléthorique et issu de parents apoplectiques, s'il est jeune, indemne d'artério-sclérose

et de toute tare diathésique, non entouré de frères ou de sœurs prédisposés à l'apoplexie cérébrale.

A refuser. — 1° Tout proposant issu de parents apoplectiques, ayant lui-même une tendance à l'apoplexie cérébrale.

2° Tout proposant ayant eu une simple attaque de congestion ou une hémiplégie intense ou très légère.

OBSERVATIONS

Les hémorrhagies cérébro-spinales peuvent intéresser le cerveau, le bulbe, la protubérance, le cervelet et les méninges cérébrales (pachyméningite) ou spinales (hématorachis).

Ces variétés n'ont aucune espèce d'importance en matière d'assurances sur la vie, car elles sont toutes une cause absolue de refus.

Ce qui est capital, c'est d'abord l'influence de l'hérédité sur la pathogénie de l'hémorrhagie cérébrale ; ce sont ensuite les signes précurseurs qui peuvent faire soupçonner une prédisposition à cette maladie.

L'hérédité joue certainement un rôle dans l'hémorrhagie cérébrale. On voit parfois des familles s'éteindre de générations en générations par hémorrhagie cérébrale : les unes sont frappées d'apoplexie, les autres meurent après avoir été atteintes d'hémiplégie pendant plusieurs années.

L'hémorrhagie cérébrale peut survenir à toutes les

périodes de la vie, mais elle devient d'autant plus fréquente que l'âge est plus avancé. Il faut donc tenir le plus grand compte de l'âge des proposants qui paraissent exposés à l'apoplexie cérébrale.

Le sexe a aussi une réelle importance ; l'hémorrhagie cérébrale atteint en moyenne 5 hommes contre 2 femmes.

La cause principale des hémorrhagies cérébro-spinales est l'artério-sclérose qui elle-même est engendrée par l'arthritisme, la syphilis, l'alcoolisme, le saturnisme, la goutte, les affections du cœur, etc... Tous ces points de pathogénie doivent être analysés avec soin par le médecin chaque fois qu'il est appelé à examiner un proposant prédisposé à l'apoplexie ou issu de parents morts de cette affection. Les sujets pléthoriques, au cou court, atteints de maux de tête, de vertiges, de bourdonnements d'oreille ou de somnolences sont tout particulièrement suspects.

— C'est de 45 à 80 et surtout de 55 à 75 ans que s'observe le plus grand nombre de décès par hémorrhagie cérébrale.

Il meurt en moyenne par an 124 sujets d'hémorrhagie cérébrale sur 100,000 habitants. Sur 100 malades adultes, des deux sexes, frappés d'hémorrhagie cérébrale, il en succombe environ 55 par an ; sur 100 hommes, on compte 52 décès annuels ; sur 100 femmes, 61 décès.

— Voir les articles : *Congestion cérébrale* et *Pléthore*.

HÉMORRHAGIES CUTANÉES

Voir les articles : *Hématidrose*, *Hémophilie*, *Purpura* et *Scorbut*.

HÉMORRHAGIES GÉNITO-URINAIRES

Voir les articles : *Chylurie* (pour l'hémato-chylurie), *Dystocie* et *Grossesse* (pour les hémorrhagies puerpérales), *Hématurei*, *Hémoglobinurie* et *Métrorrhagies*.

HÉMORRHAGIES INTESTINALES

Voir les articles : *Entérorrhagies* et *Hémorrhoïdes*.

HÉMORRHAGIE NASALE

Voir l'article : *Epistaxis*.

HÉMORRHAGIES STOMACALES

Voir l'article : *Gastrorrhagie*.

HÉMORRHOIDES

A recevoir. — Tout proposant atteint d'hémor-

rhoïdes idiopathiques n'ayant amené ni lésions locales importantes, ni altération de la santé générale.

A refuser. — 1° Tout proposant atteint d'hémorrhoïdes donnant lieu à des hémorrhagies inquiétantes, ou à des accidents locaux graves.

2° Tout proposant atteint d'hémorrhoïdes dues à un trouble de la circulation porte ou de la circulation veineuse générale, ou à une maladie arthritique grave.

OBSERVATIONS

En général, les hémorrhoïdes ne doivent pas être considérées comme une cause de refus pour un proposant, malgré l'anémie et la faiblesse que chaque hémorrhagie détermine.

Pour refuser un proposant atteint d'hémorrhoïdes, il faut que ses hémorrhoïdes soient considérables, accompagnées d'hémorrhagies fréquentes, d'anémie profonde ou d'accidents locaux graves (décollements, fistules, abcès, rétrécissements du rectum, etc...).

Les hémorrhoïdes symptomatiques d'une gêne dans la veine porte ou dans la circulation générale sont graves; il faut donc examiner les proposants sur ce point, vérifier s'ils ne sont pas atteints d'une maladie du foie (cirrhose), d'une affection cardiaque (lésion mitrale ou tricuspidienne), d'une altération pulmonaire (asthme, emphysème), d'une tumeur abdominale (grossesse, kyste de l'ovaire, tumeur utérine, etc...).

Le plus souvent les hémorrhoïdes sont le résultat de l'arthritisme ; aussi retrouve-t-on facilement chez les sujets qui en sont atteints ainsi que chez leurs ascendants et descendants toutes les manifestations morbides qui relèvent du ralentissement de la nutrition (lithiase biliaire, obésité, diabète, rhumatisme, gravelle, goutte, etc...).

Toutes ces considérations ont, on le comprend, une grande importance en matière d'assurances sur la vie.

— Très rares dans l'enfance, les hémorrhoïdes s'observent surtout de 30 à 50 ans.

Elles sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme.

HÉPATIQUES (Coliques)

Voir l'article : *Lithiase biliaire*.

HÉPATITES

A recevoir. — Tout proposant ayant eu une atteinte passagère de congestion hépatique, bien guérie, et due à un traumatisme bénin, à une alimentation exagérée mais privée d'alcool, à une suppression brusque d'un flux sanguin habituel (hémorrhoïdes et surtout menstrues).

A refuser. — Tout proposant atteint d'hépatite, même légère.

OBSERVATIONS

Toutes les maladies du foie sont des causes de refus pour les proposants : hépatite suppurée, cirrhoses, syphilose hépatique, adénomes du foie et coliques hépatiques.

La congestion du foie est également une cause de refus, car le plus souvent elle est liée à une gêne dans la circulation cardio-pulmonaire (lésions mitrale ou tricuspidienne, emphysème, pleurésie chronique, etc...), à des excès de table et notamment à des excès d'alcool, à l'arthritisme, à la syphilis ou à un empoisonnement par le plomb ou par le phosphore.

Le médecin examinateur ne peut accepter que les proposants qui ont été atteints d'une congestion passagère du foie, à la suite d'une contusion de la région hépatique, ou bien d'une suppression brusque des menstrues. ou d'un flux hémorrhoïdal habituel.

— Voir les articles : *Cirrhose* et *Lithiase biliaire*.

HÉRÉDITÉ

OBSERVATIONS

La question de l'hérédité a la plus haute importance en matière d'assurances sur la vie.

Le médecin est obligé de s'en préoccuper chez tous les proposants ; il doit la rechercher non seulement chez le père (*hérédité ascendante*) et chez les enfants

(*hérédité descendante*), mais aussi chez les grands parents (*atavisme*), les oncles et les tantes ; son enquête doit même porter jusque sur l'état de santé des frères, des sœurs et des cousins.

L'hérédité est *similaire* ou *dissemblable*.

L'hérédité dissemblable est la plus fréquente, car le plus souvent ce ne sont pas les maladies elles-mêmes qui se transmettent, mais bien le vice nutritif commun qui les engendre.

Il importe de tenir le plus grand compte de ce point de pathologie, afin de ne pas être tenté de borner l'investigation médicale à la recherche d'une seule maladie au lieu de l'étendre au mode nutritif vicieux générateur. Envisagées ainsi, les influences héréditaires, si souvent obscures, s'éclairent d'un tel éclat qu'on peut en suivre facilement les traces les plus atténuées à travers plusieurs générations.

Ajoutons qu'il n'est pas sans intérêt de s'informer de l'âge auquel les ascendants d'un proposant sont morts. Dans certaines familles, la mort arrive presque toujours au même âge ; tous les membres de la famille de Turgot, par exemple, sont morts de folie vers l'âge de 55 ans.

HERNIES

A recevoir. — Tout proposant atteint de hernie simple, réductible, facilement et sûrement maintenue par un bandage approprié.

A recevoir avec réserves. — 1° Tout propo-

sant atteint de hernie simple, réductible, non maintenue par le port d'un bandage approprié.

2° Tout proposant ayant subi l'opération de la cure radicale des hernies, si l'opération date de plusieurs années et si la hernie n'a pas récidivé.

3° Tout proposant ayant subi l'opération de l'anus contre nature, si l'opération date de plusieurs années, et si l'anus artificiel s'est refermé dans les six mois par suite du rétablissement complet du cours normal des matières fécales.

A refuser. — 1° Tout proposant atteint de hernie irréductible ou sujette à s'engouer ou à s'étrangler.

2° Tout proposant ayant subi l'opération de la kélotomie.

3° Tout proposant ayant un anus contre nature.

OBSERVATIONS

En général, la hernie inguinale ou crurale n'est pas un motif de refus pour les proposants qui en sont atteints.

Pour motiver le refus, il faut que la hernie soit très volumineuse, impossible à réduire, ou bien sujette à s'engouer ou à s'étrangler.

Toute hernie qui a donné lieu à des phénomènes d'étranglement guéris par le taxis simple, par la kélotomie ou par l'opération de la cure radieale, doit être refusée par les compagnies d'assurances sur la vie, car après l'une ou l'autre de ces méthodes il peut se produire des récidives.

Toutefois, l'admission du proposant peut être tolérée après la cure radicale, si l'opération remonte à quelques années et si la hernie n'a pas récidivé. Les statistiques montrent que sur 219 opérations, il faut compter 20 décès et 44 récidives. Lucas-Championnière note 1 cas de récidive sur 17 opérations.

Quant à la hernie étranglée qui a nécessité l'opération de l'anus contre nature, elle ne peut permettre à aucun proposant de s'assurer. Si cet anus est refermé depuis de nombreuses années, le médecin peut proposer d'accepter l'assurance, mais il ne doit pas en prendre la responsabilité.

Ajoutons que l'usage constant d'un bandage, parfaitement approprié, est indispensable pour toute hernie. Si le malade n'en porte pas, le médecin doit signaler le fait dans son rapport, en indiquant à la compagnie d'assurances quels risques ce manque de soins lui fait courir.

Toutes ces observations peuvent s'appliquer aux diverses variétés de hernies : hernie ombilicale, hernies ventrales (facilement réductibles et peu sujettes aux complications si ce n'est à des troubles gastriques), hernies vaginales, hernies vagino-labiales, hernie périnéale.

La hernie diaphragmatique fait exception, car elle est toujours fort grave.

— C'est de 45 à 80 et surtout de 55 à 75 ans, que s'observe le plus grand nombre de décès par hernie.

Il meurt, en moyenne par an, 14 individus atteints de hernie sur 100,000 habitants. Sur 100 malades adultes, des deux sexes, atteints de hernie, il en suc-

combe environ 27 par an ; sur 100 hommes, on compte 14 décès annuels ; sur 100 femmes, 23 décès.

HUMEURS FROIDES

Voir les articles : *Abcès froids*, *Adénites chroniques* et *Scrofulose*.

HUNTINGTON (Maladie de)

(CHORÉE HÉRÉDITAIRE)

A refuser.

OBSERVATIONS

La chorée héréditaire ou maladie de Huntington est une affection chronique d'emblée dont la marche lente progresse sans interruptions.

En général, elle apparaît tardivement, vers 30 ou 40 ans.

Les mouvements incoordonnés sont moins intenses, comme dans toute chorée chronique, que ceux de la chorée de Sydenham ; ils en diffèrent surtout par ce fait capital que la volonté les fait cesser temporairement.

L'hérédité, toujours similaire et directe, est la cause unique de la maladie de Huntington. Jamais on n'a vu cette affection sauter une génération.

La chorée des adultes et la chorée des vieillards doivent généralement être rattachées à cette maladie.

La chorée héréditaire est incurable et fatale après une période de maladie plus ou moins longue. Le malade finit par ne plus pouvoir marcher et meurt dans une sorte de démence.

— Voir l'article : *Chorée*.

HYDARTHROSE

A recevoir. — 1° Tout proposant ayant eu une hydarthrose traumatique, parfaitement guérie.

2° Tout proposant ayant eu une hydarthrose blennorrhagique, parfaitement guérie.

3° Tout proposant ayant eu une hydarthrose dans le cours d'une maladie grave, parfaitement guérie.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant ayant eu une hydarthrose rhumatismale, goutteuse ou syphilitique, à la condition que l'état diathésique soit bénin.

A refuser. — 1° Tout proposant lymphatique atteint d'hydarthrose chronique.

2° Tout proposant atteint ou ayant été atteint d'une hydarthrose causée par la tuberculose ou l'ataxie.

OBSERVATIONS

L'hydarthrose est une maladie essentiellement

chronique ; par elle-même, elle n'a pas de gravité, mais comme elle n'est le plus souvent qu'un symptôme d'une maladie générale, il importe que le médecin ne formule un pronostic qu'après en avoir recherché la nature.

L'hydarthrose peut être causée par la blennorrhagie, le rhumatisme, la goutte, la syphilis, la tuberculose, quelques fièvres graves à leur déclin (fièvres infecticuses, état puerpéral, scarlatine, fièvre typhoïde) ou l'ataxie locomotrice (arthropathies ataxiques).

Mais, l'hydarthrose peut être simplement le résultat d'un traumatisme (fracture voisine d'une articulation, coups, marche exagérée, impression du froid). Dans ce cas l'état local seul doit guider le médecin dans son appréciation.

Chez les sujets lymphatiques, l'hydarthrose a une importance toute spéciale car elle peut se transformer en tumeur blanche.

— Voir l'article : *Scrofulose.*

HYDATIDES

A recevoir avec réserves. — Tout proposant guéri depuis longtemps d'un kyste hydatique, sans altération consécutive de la santé générale.

A refuser. — Tout proposant atteint de kyste hydatique.

OBSERVATIONS

Les *hydatides* peuvent s'observer dans toutes les

parties du corps, mais ils se rencontrent surtout dans le foie et dans les reins.

Les kystes qu'ils déterminent sont incompatibles avec l'assurance sur la vie.

Leur acceptation n'est possible que s'ils sont guéris depuis plusieurs années, encore le médecin ne doit-il prendre aucune responsabilité, car le mode de guérison reste forcément inconnu.

Quant à la *Douve hépatique* et au *strongle rénal*, leur diagnostic étant toujours méconnu, il est inutile de s'en préoccuper.

En tous les cas, ces deux parasites sont un motif de refus pour les proposants qui en sont atteints.

— Voir les articles : *Entozoaires* et *Trichinose*.

HYDRARGYRISME

A recevoir. — Tout proposant complètement guéri d'une légère atteinte d'hydrargyrisme thérapeutique ou industriel.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant complètement guéri d'une légère atteinte de tremblement hydrargyrique, depuis qu'il a cessé d'être soumis à l'influence du mercure.

A refuser. — Tout proposant atteint de tremblement ou de cachexie hydrargyrique.

OBSERVATIONS

L'empoisonnement par le mercure s'observe prin-

cipalement dans les professions suivantes : doreurs sur métaux, étameurs de glace, chapeliers, ouvriers des mines de mercure, etc...

Les syphilitiques peuvent également s'empoisonner par un abus excessif des préparations mercurielles.

Lorsque le sujet n'est atteint que de phénomènes gastro-intestinaux (stomatite et catarrhe), l'intoxication peut être considérée comme légère et sans gravité.

Lorsqu'au contraire il est atteint de tremblements, la cachexie est proche ; la santé générale se détériore, il survient des hémorrhagies variées et fréquentes, de l'anémie, de l'œdème de la face et des extrémités, etc..,

Le tremblement mercuriel se déclare lentement il débute par les membres supérieurs, puis gagne les inférieurs, la tête, les lèvres et la langue qui semble atteinte d'une sorte de bégayement.

Le tremblement est nul au repos, ce qui le distingue de celui de la maladie de Parkinson ; il augmente d'intensité avec les efforts et l'étendue des mouvements.

HYDROCÈLE

A recevoir. — Tout proposant atteint d'hydrocèle simple, idiopathique.

A refuser. — Tout proposant atteint d'hydrocèle

symptomatique d'une tumeur maligne du testicule ou d'une affection générale grave.

OBSERVATIONS

L'hydrocèle est une affection très bénigne; elle ne mériterait pas d'attirer l'attention des Compagnies d'assurances sur la vie, si elle n'était dans certains cas le résultat d'une altération maligne du testicule : cancer, fongus, tuberculose, etc...

HYDRONÉPHROSE

A recevoir avec réserves. — Toute femme radicalement guérie d'une atteinte d'hydronéphrose survenue pendant une grossesse, sous l'influence de la compression utérine.

A refuser. — Tout proposant atteint ou ayant été atteint d'hydronéphrose.

OBSERVATIONS

La dilatation des calices, du bassinet et de l'uretère ne peut être acceptée par les Compagnies d'assurances sur la vie que dans les cas bénins. Encore le médecin examinateur doit-il analyser fréquemment les urines au point de vue de l'albumine et décliner toute responsabilité, car le diagnostic de la cause de l'hydronéphrose est souvent impossible à préciser.

— Voir les articles : *Lithiase urinaire*, *Néphrite* et *Pierre*.

HYDROPÉRICARDE

A refuser.

Voir les articles : *Hydropisies* et *Péricardite*.

HYDROPHOBIE

A recevoir. — Tout proposant ayant été mordu par un chien enragé depuis 18 mois au moins.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant ayant été mordu par un chien enragé depuis plus de 3 mois, mais moins de 18 mois.

A refuser. — Tout proposant ayant été mordu par un chien enragé depuis 3 mois au plus.

OBSERVATIONS

Toutes les morsures faites par des animaux enragés ne donnent pas la rage, mais au point de vue des Assurances sur la vie il ne faut pas tenir compte de cette distinction.

Dans l'immense majorité des cas, la rage éclate dans les 3 mois qui suivent l'inoculation ; mais elle peut également survenir au bout de 6 mois, d'un an et même d'un an et demi.

Les mêmes observations s'appliquent à tous les malades, qu'ils se soient fait traiter ou non par la méthode pastorienne.

Le médecin examinateur ne doit tenir compte que du temps écoulé depuis l'époque de la morsure ; il peut accepter le proposant d'autant plus facilement que ce temps a été plus long.

Dans les trois premiers mois l'Assurance est dangereuse ; du troisième au dix-huitième mois elle est aléatoire ; au bout d'un an et demi elle est sûre.

HYDROPISIES

A recevoir. — 1° Tout proposant radicalement guéri d'un œdème consécutif à une fièvre grave (œdème des convalescents), et indemne de néphrite.

2° Tout proposant atteint d'œdème variqueux simple.

A recevoir avec réserves. — Toute femme radicalement guérie d'une phlegmatia consécutive à un accouchement ou à la chlorose.

A refuser. — 1° Tout proposant ayant été atteint d'anasarque.

2° Tout proposant ayant ou ayant eu de l'œdème des extrémités inférieures, consécutif à un trouble cardio-pulmonaire ou rénal, ou bien à des varices compliquées d'ulcération ou de phlébite.

3° Toute femme guérie d'une phlegmatia consécutive à un accouchement ou à la chlorose, s'il en est

résulté une tendance constante à l'œdème dès la moindre fatigue.

4° Tout proposant guéri ou non d'une phlegmatia cachectique.

5° Tout proposant atteint d'œdème de la partie sus-diaphragmatique du corps.

OBSERVATIONS

En général, l'hydropisie est une cause de refus pour les proposants, car elle est presque toujours le résultat d'une maladie des reins, du foie ou du cœur.

L'hydropisie générale (*anasarque*) implique une lésion rénale.

Pour accepter un proposant dans de semblables conditions, il faudrait que l'anasarque fût disparue depuis fort longtemps et que les urines fussent en parfait état.

Quant à la cause déterminante, il est indispensable qu'elle ne soit pas organique; l'anasarque par brusque refroidissement et l'anasarque par arrêt subit de la menstruation peuvent seules être discutées.

L'hydropisie locale (œdèmes circonscrits) peut intéresser toutes les régions; elle s'observe principalement aux extrémités inférieures (œdème des malléoles), aux paupières inférieures, à la partie supérieure du thorax, dans les diverses bourses séreuses (hygroma), le péritoine (ascite), les plèvres (hydrothorax), le péricarde (hydropéricarde) et la tunique vaginale (hydrocèle), etc...

L'œdème des extrémités inférieures, comme celui

des paupières inférieures, doit vivement éveiller l'attention du médecin, car il est souvent symptomatique d'une affection cardio-pulmonaire ou rénale. Dans ce cas, l'auscultation du cœur et l'analyse des urines sont nécessaires.

L'œdème variqueux est bénin ou grave suivant l'importance des varices : bénin, si les varices sont peu développées, situées dans un tissu cellulaire non atteint de sclérose et recouvertes par une peau blanche non ulcérée ; grave, si les varices sont arrivées à la période des ulcérations et des hémorrhagies, des phlébites et des embolies infectieuses.

La *phlegmatia alba dolens* des femmes en couches ou des sujets cachectiques, particulièrement des chlorotiques, est toujours un antécédent grave chez un proposant, à moins que la guérison ne soit parfaite et ne remonte à plusieurs années.

L'œdème de la partie sus-diaphragmatique du corps est toujours un phénomène inquiétant, car il est symptomatique d'un cancer, d'un anévrysme ou d'une adénopathie scrofuleuse ou syphilitique des médiastins.

Quant à l'hygroma chronique, il n'a de gravité que si son volume est énorme ou s'il présente une tendance à s'enflammer. Le médecin ne doit donc accepter un proposant atteint d'hygroma qu'avec réserves, d'autant plus que s'il venait à se faire opérer, la Compagnie d'assurances encourrait de très grands risques.

— Voir les articles : *Ascite*, *Hydarthrose*, *Hydrocèle*, *Hydropneumothorax*, *Hygroma*, *Péricardite*. *Phlébite*. *Phlegmatia* et *Varices*.

HYDROPNEUMOTHORAX

A refuser.

OBSERVATIONS

L'hydropneumothorax traumatique est la forme la moins grave, mais elle est exceptionnelle.
— Voir l'article : *Hydropisies*.

HYGROMA

A recevoir avec réserves. — Tout proposant atteint d'hygroma chronique.

A refuser. — Tout proposant atteint d'un hygroma volumineux ou sujet à s'enflammer.

OBSERVATIONS

L'hygroma chronique n'a de gravité que si son volume est énorme ou s'il présente une tendance à s'enflammer.

Le médecin ne doit cependant accepter un proposant atteint d'hygroma chronique bénin qu'avec réserves, car s'il venait à se faire opérer, la Compagnie d'assurances encourrait à ce moment de très grands risques.

HYPERTROPHIE DU CŒUR

A recevoir avec réserves. — 1° Tout proposant jeune, de préférence du sexe féminin, atteint d'hypertrophie cardiaque résultant de la croissance.

2° Toute femme ayant eu de l'hypertrophie du cœur pendant la grossesse.

3° Tout proposant atteint d'hypertrophie cardiaque essentielle due à des excès auxquels il a définitivement renoncé.

A refuser. — Tout proposant atteint d'hypertrophie cardiaque secondaire.

OBSERVATIONS

L'hypertrophie cardiaque est essentielle ou secondaire. La première forme, beaucoup plus rare que la seconde, est seule compatible avec les Assurances sur la vie.

L'hypertrophie *essentielle* s'observe à la suite d'efforts prolongés, de palpitations nerveuses quotidiennes, d'émotions morales répétées, d'excès de tabac, de café, de thé ou de coït. On la constate aussi chez certaines femmes pendant la grossesse et chez les adolescents au moment de la croissance, surtout chez les jeunes filles où elle est presque la règle (hypertrophie de croissance).

Toutes ces variétés d'hypertrophie cardiaque sont généralement passagères et disparaissent avec leurs causes.

L'hypertrophie *secondaire* est la conséquence d'une altération cardiaque ou pulmonaire, d'un anévrysme ou de l'athéromasie généralisée (hypertrophie de la ménopause), etc...

En raison de sa fréquence et de sa gravité, c'est à cette forme que le médecin doit d'abord songer; elle l'oblige, ainsi que la dilatation cardiaque, au refus le plus absolu.

L'hypertrophie cardiaque peut être générale, mais le plus souvent elle est limitée.

Quand le cœur est hypertrophié, il est à la fois augmenté de volume, de poids et d'épaisseur.

Cliniquement, le choc de la pointe du cœur est plus vigoureux et les bruits valvulaires sont plus intenses qu'à l'état normal.

Dans l'hypertrophie du ventricule droit, la pointe est déviée à droite, et il existe un renforcement du deuxième bruit au niveau de l'artère pulmonaire. Dans l'hypertrophie du ventricule gauche, la pointe bat en dehors de la ligne mammaire et au-dessous du mamelon ; la matité est étendue et ovalaire. Souvent aussi il existe un redoublement du premier bruit, simulant une espèce de galop, indice d'une hypertrophie d'origine rénale.

Le cœur, on le sait, est placé normalement suivant une ligne oblique qui se dirige d'arrière en avant et de droite à gauche; sa base répond à la ligne médiane du thorax; sa pointe bat au niveau du cinquième espace intercostal gauche, un peu en dedans du mamelon.

Supposant une ligne verticale, tirée sur le milieu

du sternum, Luschka considère qu'il y a un tiers du cœur à droite de cette ligne, et deux tiers à gauche ; à la partie droite, correspondent l'oreillette droite, sauf l'extrémité de son auricule, la cloison interauriculaire, la partie droite de l'oreillette gauche et la partie inférieure la plus convexe du ventricule droit; à la partie gauche, correspondent le reste du ventricule droit, tout le ventricule gauche, la moitié gauche de l'oreillette gauche et son auricule, puis l'extrémité libre de l'auricule droite.

La percussion ne permet pas de faire une délimitation du cœur aussi rigoureuse, à cause de la lame pulmonaire qui est interposée entre cet organe et la paroi thoracique. Pour bien percuter le cœur, il faut partir du point central de matité, situé au niveau du cinquième cartilage costal gauche, près du bord gauche du sternum et, de là, suivre une ligne latérale se dirigeant en haut puis en bas. On obtient ainsi un espace triangulaire irrégulier de matité complète, limité en dehors par la pointe du cœur, en haut par le quatrième espace intercostal, en dedans, par le bord gauche du sternum ; autour de cet espace triangulaire, on observe une zone de submatité, allant en haut jusqu'au troisième espace intercostal, et en dedans derrière la moitié gauche du sternum.

Ces données ont l'inconvénient d'être assez délicates ; en pratique, il est préférable de procéder, comme le conseille Constantin Paul, à la recherche des rapports qui existent entre le foie, le poumon et le cœur. On commence par limiter le bord supérieur du foie, puis on l'indique par un trait sur la peau ;

si la pointe du cœur bat sur le même niveau horizontal, le ventricule gauche n'est pas hypertrophié ; si, au contraire, la ligne tirée du bord supérieur du foie à la pointe du cœur est oblique, le ventricule est hypertrophié, et l'est d'autant plus que l'obliquité de cette ligne est plus prononcée. Pour le cœur droit, on vérifie si la submatité empiète ou non sur le bord libre du poumon droit ; dans le cas où elle empiète, le ventricule droit est hypertrophié et la matité atteint et parfois même dépasse le bord droit du sternum.

L'inspection et la palpation de la région du cœur permettent de compléter les renseignements donnés par la percussion.

Au moyen de l'inspection, on peut constater le degré de voussure formé par le cœur au-devant de la poitrine, l'endroit exact des battements de la pointe du cœur et le rythme de ces battements.

Par la palpation, on peut aussi constater l'endroit où bat la pointe du cœur, le degré d'impulsion des battements, et parfois l'existence de phénomènes morbides (frottement péricardique, frémissement cataire).

A l'auscultation, les bruits physiologiques du cœur sont exagérés comme intensité, mais consistent toujours en un premier bruit prolongé et sourd, répondant au claquement des valvules auriculo-ventriculaires, et un second bruit moins long et sec, résultant du claquement des valvules sigmoïdes.

— Voir les articles : *Adhérences du péricarde*, *Anévrysmes*, *Angine de Poitrine*, *Athéromasie*, *Ma-*

ladie de Basedow, *Lésions valvulaires*, *Myocardite*, *Palpitations*, *Péricardite* et *Sphygmographie*.

HYPERTROPHIE DU FOIE

A recevoir. — 1° Toute femme présentant un abaissement du foie dû à l'usage d'un corset trop serré.

2° Tout proposant radicalement guéri d'une hypertrophie hépatique survenue dans le cours d'une fièvre grave.

A refuser. — Tout proposant atteint d'hypertrophie du foie consécutive à un état diathésique ou viscéral grave.

OBSERVATIONS

L'hypertrophie du foie s'observe surtout dans l'impaludisme, l'alcoolisme et la syphilis.

Le médecin examinateur doit s'en rapporter à l'importance de ces divers états, pour la conclusion qu'il doit donner dans son rapport.

L'hypertrophie du foie se voit également dans le cours ou à la suite des fièvres graves, particulièrement dans la fièvre typhoïde et dans les maladies du cœur.

Enfin, l'usage d'un corset trop serré peut déterminer de l'hypertrophie du foie, en abaissant cet organe; sa face supérieure subit un mouvement de

bascule au point de devenir antérieure et de dépasser le bord des fausses côtes.

— Voir les articles : *Adénomes du Foie*, *Cancer*, *Cholécystite*, *Cirrhoses* (pour les divers modes d'exploration du foie), *Dégénérescences du Foie*, *Hépatites*, *Hydatides*, *Hypertrophie de la Rate*, *Ictère* et *Lithiase biliaire*.

HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE

A refuser.

OBSERVATIONS

L'hypertrophie de la prostate est une maladie de la vieillesse ; il est rare qu'elle s'observe avant 50 ans.

Il faut refuser tous les proposants qui en sont atteints, à moins qu'elle ne soit très légère. L'hypertrophie de la prostate peut amener de la rétention d'urine ou de l'incontinence par regorgement, puis des altérations vésicales ou rénales par stagnation urinaire, enfin un véritable délabrement de la santé (*cachexie prostatique*).

Il est important de diagnostiquer cette affection dès le début. Tout sujet, déjà un peu âgé, qui se plaint d'avoir fréquemment besoin d'uriner la nuit, surtout dans les dernières heures, est un prostatique.

Le toucher rectal et le cathétérisme permettent, d'ailleurs, de vérifier le diagnostic.

Le doigt introduit dans le rectum, peut facilement percevoir si un seul des lobes ou si les deux sont augmentés de volume.

L'arrêt de la sonde, à 13, 14 ou 15 centimètres du méat, indique qu'il existe un obstacle à la région prostatique. Cet obstacle franchi, la sonde ne donne de l'urine qu'après avoir pénétré à 20 ou 22 centimètres dans le canal de l'urèthre, par suite de l'exagération de sa longueur.

— C'est de 60 à 75 ans qu'il succombe le plus grand nombre de prostatiques.

Il meurt, en moyenne, par an, 1 prostatique sur 100,000 habitants.

— Voir les articles : *Miction (Troubles de la)* et *Rétrécissements de l'urèthre*.

HYPERTROPHIE DE LA RATE

A recevoir. — Tout proposant radicalement guéri d'une hypertrophie splénique survenue dans le cours d'une fièvre grave.

A refuser. — Tout proposant atteint d'hypertrophie splénique consécutive à un état diathésique ou viscéral grave.

OBSERVATIONS

L'hypertrophie de la rate s'observe dans une foule de circonstances : dans la plupart des affections du foie avec lesquelles elle a la plus grande affinité,

dans les maladies de l'estomac, les fièvres infectieuses, la fièvre puerpuérale et surtout dans l'impaludisme et la leucémie.

Le traumatisme et les contusions peuvent également donner lieu à des tuméfactions de la rate, mais ces causes sont peu fréquentes.

C'est l'état général, cause réelle de l'hypertrophie splénique, qui doit seul guider le médecin dans son appréciation sur la santé du proposant.

La rate peut prendre un développement considérable et peser jusqu'à 8 ou 9 livres.

Normalement, elle est située entre la neuvième et la onzième côte, dans une direction oblique. Elle présente deux parties : la partie supérieure, située derrière la sonorité pulmonaire; la partie inférieure, perdue dans la sonorité intestinale.

Pour bien explorer la rate, il faut faire coucher le sujet dans le décubitus latéral droit; percuter cet organe d'abord d'avant en arrière, suivant la dixième côte, afin de trouver son bord antérieur; ensuite de haut en bas, suivant l'extrémité postérieure de la ligne verticale axillaire, pour trouver sa limite supérieure; enfin de bas en haut, suivant la même ligne verticale, pour obtenir sa limite inférieure. La limite postérieure de la rate est presque impossible à trouver, car la matité splénique se continue sans démarcation avec la matité rénale et celle de la masse sacro-lombaire.

La percussion doit toujours être profonde quand il s'agit de la recherche de la partie supérieure de la rate, superficielle et légère quand il s'agit de la

partie inférieure. Il ne faut jamais percuter suivant la verticale de l'aisselle, car la rate est parfois très en arrière.

— Voir l'article : *Leucémie.*

HYPOCHONDRIE

A recevoir. — Tout proposant atteint d'hypochondrie simple, non symptomatique.

OBSERVATIONS

Le point important à résoudre pour le médecin appelé à examiner un hypochondriaque, est de faire un diagnostic précis, d'établir s'il s'agit réellement d'une maladie organique ou bien d'accidents nerveux.

En réalité, l'hypochondrie n'est que le résultat de phénomènes réflexes suscités par certains troubles digestifs sur le système nerveux. L'hypochondriaque a conscience des phénomènes digestifs qui se passent en lui; souvent, d'ailleurs, il est simplement atteint de dilatation de l'estomac.

— Voir l'article : *Dilatation de l'estomac.*

HYPOSPADIAS

A recevoir. — Tout proposant atteint d'hypospadias simple.

A refuser. — 1° Tout proposant atteint d'hypospadias périnéo-scrotal ou péno-scrotal.

2° Tout proposant atteint d'hypospadias compliqué de troubles urinaires pouvant devenir ou devenus le point de départ d'une affection vésicale ou rénale.

OBSERVATIONS

L'hypospadias n'a de gravité que par les complications vésicales ou rénales qu'il peut parfois déterminer. Ce sont ces complications, et non le vice de conformation, qui doivent faire refuser les proposants.

Toutefois, l'hypospadias périnéo-scrotal et péno-scrotal doivent être considérés comme une cause de refus, en raison de leur importance.

— Voir l'article : *Epispadias*.

HYSTÉRIE

A recevoir. — 1° Tout proposant né de parents hystériques, s'il n'est entaché d'aucune névrose.

2° Toute femme ayant eu ou ayant des attaques d'hystérie convulsive ou non, si l'état général de sa santé est irréprochable.

A recevoir avec réserves. — 1° Tout proposant né de parents hystériques, indemne d'hystérie, mais atteint de chloro-anémie légère ou de toute autre affection tendant à avoir un retentissement sur l'état général.

2° Tout proposant anémique ayant des attaques d'hystérie légère.

A refuser. — 1° Toute femme ayant un mauvais état général et atteinte autrefois ou actuellement de grandes attaques d'hystéro-épilepsie ou de chorée hystérique, compliquées ou non de phénomènes d'hypnotisme (catalepsie, léthargie, somnambulisme, etc...).

2° Tout proposant du sexe masculin ayant eu ou ayant de grandes attaques d'hystérie.

3° Tout proposant, homme ou femme, atteint de contracture permanente.

OBSERVATIONS

L'hérédité a une grande influence sur l'hystérie : lorsqu'elle est d'origine *maternelle*, elle est directe 33 fois p. 100 et indirecte 25 fois p. 100 ; d'origine *paternelle*, elle est directe 56 fois p. 100 et indirecte 77 fois p. 100. Mais l'hystérie masculine étant bien plus rare que l'hystérie féminine, il s'ensuit que cette maladie s'observe, en réalité, bien moins souvent chez l'homme que chez la femme.

C'est, d'ailleurs, moins l'hystérie que le nervosisme qui est héréditaire. Ainsi, l'épilepsie, l'aliénation mentale (surtout la monomanie du suicide et la dipsomanie), la chorée, l'excentricité, la faiblesse d'esprit et toutes les névropathies peuvent engendrer l'hystérie ; l'alcoolisme et principalement l'absinthisme chez les parents amènent presque fatalement l'hystérie chez les enfants du sexe féminin, etc...

Enfin, il n'est pas rare de voir l'hystérie passer par-dessus une génération entière, pour se retrouver à la suivante.

L'hystérie peut s'observer chez les petites filles et chez les petits garçons. Elle se développe surtout à partir de la puberté pour durer toute la période de la vie génitale et disparaître, ou tout au moins perdre son caractère grave, après la ménopause.

Toutes ces questions, si attachantes pour le clinicien, n'ont qu'un intérêt relatif au point de vue des Assurances sur la vie, car il est exceptionnel de voir l'hystérie déterminer la mort.

En général, l'hystérie se guérit ; parfois elle reste stationnaire.

Le médecin examinateur doit donc envisager non pas l'hystérie, mais les phénomènes qui peuvent l'accompagner : la misère physiologique, la chloro-anémie, les troubles digestifs ou utérins, la scrofule, la tuberculose, le rhumatisme, la chorée, les avortements répétés, etc...

L'hystérie chez l'homme est toujours plus grave que chez la femme.

Plus l'âge de la femme est rapproché de la ménopause, moins l'hystérie est à redouter.

Les divers phénomènes hypnotiques (catalepsie, léthargie, somnambulisme, etc...) qui accompagnent les attaques d'hystérie, doivent être considérés comme une cause sérieuse d'aggravation.

Quant à la contracture permanente, elle néces-

site toujours le refus, car elle peut déterminer une sclérose latérale consécutive.

En résumé, il est impossible d'établir des règles précises en ce qui concerne l'acceptation ou le refus des proposants hystériques. Mais, en thèse générale, l'hystérie, petite ou grande, héréditaire ou non, ne doit pas être classée parmi les maladies à refuser.

I

ICHTHYOSE

A recevoir.

OBSERVATIONS

L'ichthyose n'amène aucun trouble de la santé générale.

ICTÈRE

A recevoir. — Tout proposant ayant été atteint d'ictère simple catarrhal, consécutif à un refroidissement ou à une émotion morale.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant ayant eu, il y a plusieurs années, une atteinte d'ictère avec coliques hépatiques.

A refuser. — 1° Tout proposant ayant eu de fréquentes atteintes d'ictère.

2° Tout proposant ayant eu une attaque d'ictère symptomatique d'une affection organique grave du foie (lithiase, rétrécissement du canal cholédoque,

cancer, kyste, syphilis hépatique, cirrhose hypertrophique, etc...).

3° Tout proposant ayant eu une atteinte d'ictère survenue pendant un séjour dans les pays chauds.

4° Tout proposant ayant été atteint ou atteint d'ictère hémaphéique.

5° Tout proposant atteint d'ictère par intoxication phosphorée chronique.

OBSERVATIONS

Par lui-même, l'ictère n'a aucune gravité : son pronostic est entièrement subordonné à sa cause.

C'est ce point qu'il convient d'éclaircir, lorsque le médecin doit se prononcer sur la santé d'un proposant ictérique ou ayant eu de l'ictère.

Il faut d'abord savoir s'il s'agit d'un ictère véritable (*ictère biliphéique*) ou d'un pseudo-ictère (*ictère hémaphéique*).

L'ictère biliphéique, le plus fréquent des deux, peut se produire sous l'influence d'un catarrhe des voies biliaires (angiocholite catarrhale), d'un calcul biliaire (lithiase biliaire), d'un rétrécissement du canal cholédoque, d'un ulcère du duodénum, d'un cancer du pancréas, etc...

L'ictère hémaphéique dû, on le sait, à une imprégnation des tissus par l'hématosine des globules sanguins, peut se produire quand le foie a perdu sa propriété de transformer les hématies en pigment biliaire, ou quand le sang est primitivement altéré comme dans les grandes pyrexies ou les empoison-

nements chroniques par le plomb, le phosphore, l'éther et le chloroforme.

L'absence de coloration jaune des conjonctives et de pigment biliaire permet d'éliminer toutes les affections susceptibles d'être confondues avec l'ictère. D'ailleurs, on connaît le teint spécial des cancéreux, des saturnins, des paludéens et des chlorotiques.

Lorsqu'un proposant a été atteint rapidement d'un ictère très foncé et persistant, il faut diagnostiquer un ictère par oblitération des voies efférentes de la bile (ictère catarrhal, ictère de la lithiase).

Lorsqu'au contraire, le proposant a été atteint lentement d'un ictère progressif et définitif, il faut soupçonner un cancer ou un kyste du foie, un ictère hémaphéique.

L'ictère n'est point la règle dans les diverses maladies du foie : la syphilis hépatique, le cancer, l'hépathite, la cirrhose alcoolique, etc... Seule, la cirrhose hypertrophique s'accompagne dès le début d'ictère intermittent, tantôt jaune clair, tantôt jaune noirâtre.

Quant à l'ictère qui survient chez les habitants des pays chauds, il faut généralement le considérer comme symptomatique d'une affection du foie ou de l'impaludisme. Il est donc incompatible avec les Assurances sur la vie.

Les ictères hémaphéiques sont également un motif de refus pour les proposants qui en sont atteints.

La recherche de la matière colorante de la bile se fait au moyen du procédé de Gmelin, qui consiste à verser quelques centimètres cubes d'urine dans un

verre à réactif, puis à laisser couler avec précaution le long de la paroi de ce verre 2 à 3 centimètres cubes d'acide nitrique jaune. Au point de contact des deux liquides, il se forme un anneau vert caractéristique; souvent aussi il se produit des anneaux bleu, violet, rouge et jaune, qui représentent les principes colorants de la bile, notamment l'indican.

Le procédé de Rosenbach consiste à filtrer une certaine quantité d'urine, puis à arroser le filtre avec de l'acide nitrique jaune. Il se forme sur le papier les diverses colorations que nous venons d'indiquer.

— Voir les articles : *Cirrhoses*, *Hépatites* et *Lithiase biliaire*.

ILÉUS

Voir l'article : *Occlusion intestinale*.

IMPALUDISME

A recevoir. — 1° Tout proposant issu de parents atteints de cachexie paludéene, indemne d'impaludisme et non anémique ou débilité.

2° Tout proposant ayant eu, il y a quelques années. un ou plusieurs accès de fièvre intermittente simple ou grave, guéris sans avoir laissé d'engorgement spléno-hépatique et d'anémie.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant ayant eu, il y a très longtemps, un ou plusieurs

accès intenses de fièvre intermittente, guéris sans avoir laissé de mélanémie et d'engorgement spléno-hépatique, mais sujets à récidiver légèrement et à intervalles de plus en plus éloignés.

A refuser. — 1° Tout proposant issu de parents paludéens, indemne d'impaludisme, mais profondément anémique ou très délicat.

2° Tout proposant ayant eu un ou plusieurs accès intenses de fièvre intermittente, guéris au prix d'une mélanémie ou d'un engorgement spléno-hépatique.

3° Tout proposant atteint de cachexie paludéenne.

OBSERVATIONS

L'impaludisme ne se transmet pas par hérédité ; néanmoins, tout sujet issu de parents atteints de cachexie paludéenne est exposé à être débile et anémique.

Toutes les races y sont soumises, à l'exception de la race noire qui jouit d'une véritable immunité.

Les fièvres palustres sont causées par une infection paludéenne, la malaria ; lorsqu'elles ont été graves, comme cela arrive souvent, surtout dans les colonies et dans quelques régions de l'Europe, elles créent chez le malade une véritable diathèse caractérisée par un retour facile des accès, de l'hypertrophie du foie et de la rate, de l'anémie profonde et surtout de la mélanémie, puis des troubles gastro-intestinaux très sérieux.

Cet état diathésique peut se prolonger des mois ou

des années, parfois même ne pas disparaître, malgré l'abandon du pays infecté.

Il importe donc que le médecin examinateur s'efforce de découvrir toute trace d'impaludisme : il doit examiner tout spécialement les proposants qui ont habité les pays chauds (Cochinchine, Indes, Mexique, Antilles, Sénégal, Algérie, Basse-Egypte, Le Cap, Panama, etc...), certaines contrées d'Europe (Grèce, Italie — principalement les Marais pontins et les rizières de Lombardie — Pays-Bas, bouches du Danube, Hongrie, côtes de la Prusse occidentale, etc...) et quelques parties de la France (Bresse, Sologne, Landes, bords de la Loire, etc...).

L'état du foie et de la rate est un précieux élément de diagnostic; non seulement ces organes sont parfois considérablement hypertrophiés, mais ils présentent aussi une certaine sensibilité à la pression.

L'anémie et surtout la mélanémie sont constantes; leur présence a donc une grande valeur diagnostique.

Enfin, il faut noter la fréquence des troubles dyspeptiques et nerveux, des souffles vasculaires, des hémorrhagies, des œdèmes, de l'ascite, de l'hydropéricarde, etc...

L'anémie est un des symptômes dominants de l'impaludisme; elle peut être assez profonde pour que le nombre des globules sanguins soit abaissé à 1,000,000 et même 500,000 par millimètre cube, au lieu de 4,500,000 à 5,000,000, chiffre normal.

La mélanémie, caractérisée par un excès de pigment dans le sang et consécutivement dans tous les organes,

peut aller de la coloration gris-brun jusqu'à la couleur noire. C'est elle qui donne cette teinte spéciale de la peau, aux sujets qui sont atteints de cachexie paludéenne.

— La mortalité de la cachexie paludéenne varie considérablement suivant les contrées; dans les colonies elle est très élevée, à Paris, au contraire, elle est insignifiante.

— Voir les articles : *Fièvres*, *Hypertrophie du Foie et de la Rate* et *Leucémie*.

IMPÉTIGO

A recevoir.

INCONTINENCE D'URINE

Voir l'article : *Miction* (*Troubles de la*).

INFARCTUS DES REINS

A refuser.

Voir l'article : *Néphrites*.

INSUFFISANCE AORTIQUE

Voir l'article : *Lésions valvulaires*.

INSUFFISANCE MITRALE

Voir l'article : *Lésions valvulaires.*

INSUFFISANCE TRICUSPIDE

Voir l'article : *Lésions valvulaires.*

INTERMITTENCES CARDIAQUES

OBSERVATIONS

Les intermittences cardiaques qui accompagnent si souvent les palpitations, ne peuvent être considérées comme le prélude d'une lésion organique du cœur. Elles constituent uniquement un désordre rythmique du cœur, mais un désordre sérieux, parce qu'il ne se produit évidemment qu'à la suite d'un trouble général et profond de la santé.

— Voir l'article : *Palpitations.*

INTERTRIGO

A recevoir.

INTESTIN

Voir les articles : *Coliques intestinales* et *Occlusion intestinale.*

INTOXICATIONS CHRONIQUES

Voir les articles : *Alcoolisme*, *Arsénicisme*, *Benzinisme*, *Hydrargyrisme*, *Morphinisme*, *Phosphorisme*, *Saturnisme*, *Tabagisme* et *Théisme*.

IRIDO-CHOROIDITE

OBSERVATIONS

L'existence d'une irido-choroïdite dans le passé pathologique d'un proposant, n'a d'intérêt pour le médecin qu'en ce qu'elle peut lui faire découvrir un état diathésique resté ignoré : l'arthritisme (rhumatisme, goutte) et surtout la syphilis.

K

KÉLOIDE

A recevoir.

KÉRATITES

OBSERVATIONS

Les kératites n'ont d'intérêt pour les Compagnies d'assurances sur la vie, que par la maladie générale dont elles dépendent.

Ainsi, les kératites superficielles (phlycténulaire, vésiculaire, vasculaire ou pannus) reconnaissent souvent la scrofule pour cause ; les kératites profondes sont le résultat de maladies diverses suivant leur variété, la kératite interstitielle, par exemple, qui ne s'observe jamais après vingt-six ans, est toujours la conséquence de la syphilis héréditaire, la kératite suppurative a pour point de départ la scrofule, l'alcoolisme, la misère physiologique, l'albuminurie ou le diabète, la kératite ponctuée est due au rhumatisme.

Le médecin examinateur n'a donc pas à attacher

d'importance à la lésion locale ; la cause première de la maladie cornéenne mérite, au contraire, toute son attention.

KYSTES

OBSERVATIONS

Le pronostic des kystes varie suivant leur siège, leur volume, leur nature, leurs rapports avec les organes voisins et les dangers qui peuvent résulter d'une rupture spontanée ou d'une opération.

Le médecin examinateur doit apprécier chaque cas séparément.

— Voir les articles : *Dégénérescence kystique du rein*, *Hydatides*, *Ovaire* (*kyste de l'*) et *Tumeurs*.

L

LABIO-GLOSSO-LARYNGÉE (Paralysie)

Voir l'article : *Paralysies.*

LARYNGITES CHRONIQUES

A recevoir. — Tout proposant atteint de laryngite chronique simple, glanduleuse.

A refuser. — 1° Tout proposant atteint d'une laryngite chronique compliquée de troubles respiratoires.

2° Tout proposant atteint d'une laryngite chronique, susceptible de déterminer de l'œdème de la glotte.

3° Tout proposant atteint d'un polype du larynx et surtout d'un papillome.

4° Tout proposant atteint d'une laryngo-nécrose, consécutive à une laryngite aiguë varioleuse, typhoïdique, morveuse, etc...

5° Tout proposant atteint d'une laryngite syphilitique guérie ou non.

6° Tout proposant atteint de phtisie laryngée.

7° Tout proposant atteint de périchondrite du larynx.

8° Tout proposant atteint de cancer du larynx.

OBSERVATIONS

Lorsqu'un proposant est atteint de laryngite chronique, il importe de connaître exactement la nature de l'affection dont il souffre. S'il peut n'avoir, en effet, qu'une laryngite chronique glanduleuse due à de nombreuses laryngites catarrhales aiguës, il peut aussi être atteint d'un polype, d'une végétation ou d'une affection grave comme la phtisie, le cancer ou la syphilis.

La phtisie laryngée, le cancer et la périchondrite du larynx ne peuvent évidemment être admises par les Compagnies d'assurances sur la vie ; leur pronostic est fatal.

La syphilis laryngée, quoique moins grave, ne peut pas également être acceptée, car, alors même qu'elle semble guérie, elle expose le proposant à des sténoses pouvant nécessiter la trachéotomie ou la laryngotomie.

Les polypes et surtout les papillomes du larynx peuvent prendre parfois des proportions telles que l'asphyxie soit à redouter. Enfin, après l'opération, ils récidivent facilement.

L'examen laryngoscopique s'impose donc dans presque tous les cas, et le médecin doit toujours se

tenir sur ses gardes lorsqu'il a à examiner un proposant qui se plaint de laryngite.

Ce n'est d'ailleurs pas autant l'altération de la voix qui doit inquiéter le médecin que les troubles de la respiration.

Quant aux paralysies du larynx, elles ne doivent être admises que lorsqu'elles sont placées sous la dépendance de l'hystérie, d'une laryngite catarrhale et de la diphtérie si cette maladie ne paraît plus devoir causer le moindre accident.

Mais les paralysies du larynx peuvent être dues à la tuberculose, au saturnisme, à une tumeur compressive, anévrysmale ou autre, à une maladie cérébrale, etc... Aucune de ces affections ne peut permettre à un proposant de s'assurer sur la vie.

— C'est de 40 à 65 ans que s'observe le plus grand nombre de décès par laryngites.

La moyenne annuelle des décès par laryngites est de 4 sur une population de 100,000 habitants. Sur 100 sujets adultes, des deux sexes, atteints de laryngite, il en succombe environ 4 par an ; sur 100 hommes, on compte 4 décès annuels; sur 100 femmes, 2 décès.

LÈPRE

A refuser. — 1° Tout proposant sain, issu de parents lépreux ou entouré de frères et sœurs lépreux.

2° Tout proposant atteint de lèpre.

OBSERVATIONS

L'éléphantiasis des Grecs ou la lèpre n'a aucun rapport avec l'éléphantiasis des Arabes.

La lèpre est une maladie infectieuse, probablement contagieuse et héréditaire au premier chef.

Elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme; sur 8 lépreux, on compte 5 hommes et 3 femmes.

Le médecin doit refuser tout proposant lépreux et tout individu sain ayant son père ou sa mère, son frère ou sa sœur atteint de lèpre.

LÉSIONS VALVULAIRES

(ENDOCARDITES CHRONIQUES)

A recevoir. — Tout proposant issu de parents morts d'une maladie de cœur idiopathique, s'il est indemne de cardiopathie et d'arthritisme.

A recevoir avec réserves. — 1° Tout proposant, jeune ou âgé, issu de parents morts d'une maladie de cœur de nature arthritique, s'il est indemne de cardiopathie et d'arthritisme.

2° Tout proposant, âgé au moins de 30 ans, issu de parents morts d'une maladie de cœur de nature ar-

thritique, s'il est indemne de cardiopathie, mais légèrement arthritique.

A refuser. — 1° Tout proposant issu de parents rhumatisants ou goutteux et morts d'une maladie de cœur, s'il est indemne de cardiopathie, mais atteint de rhumatisme ou très entaché d'arthritisme.

2° Tout proposant issu de parents rhumatisants ou goutteux et morts d'une maladie de cœur, s'il est indemne de cardiopathie, mais prédisposé aux bronchites ou atteint d'emphysème.

3° Tout proposant atteint d'une lésion valvulaire quelconque.

OBSERVATIONS

Les maladies de cœur sont d'autant plus redoutables pour les Compagnies d'assurances sur la vie, qu'elles sont fréquentes et qu'elles commencent à apparaître précisément à l'âge où on songe à s'assurer, c'est-à-dire vers 25, 30 et 40 ans.

Le rhumatisme articulaire, puis la goutte et par conséquent l'arthritisme en général, ont une influence pathogénique considérable sur les affections du cœur.

Il faut donc ausculter le cœur avec le plus grand soin chez tous les arthritiques, et même chez tous les descendants d'arthritiques.

L'hérédité des maladies de cœur n'a qu'une importance relative. Si les lésions valvulaires n'étaient pas généralement placées sous la dépendance de la dia-

thèse arthritique, jamais elles ne se transmettraient par elles-mêmes.

Toutes les lésions valvulaires sont graves et incompatibles avec les Assurances sur la vie, mais toutes n'ont pas une importance égale.

L'insuffisance mitrale amène la mort par asystolie.

L'insuffisance aortique tue subitement ou par embolie cérébrale.

Le rétrécissement mitral se termine par des complications pulmonaires.

Le rétrécissement aortique, beaucoup plus bénin que les autres lésions valvulaires, permet souvent une assez longue survie. Quelques médecins même n'hésitent pas à accepter les proposants qui en sont atteints. Il nous paraît difficile de partager une semblable manière de voir, car si la santé peut rester excellente pendant des années, le risque à courir pour la Compagnie n'en est pas moins très périlleux; le rétrécissement aortique seul est rare, le plus souvent il est combiné à l'insuffisance ; enfin, le diagnostic n'en est pas toujours très facile, et l'on doit craindre une erreur.

Quant à l'insuffisance tricuspide et au rétrécissement de l'artère pulmonaire, leur terminaison est constamment fatale. Le rétrécissement pulmonaire prédispose à la tuberculose.

Certains phénomènes pathologiques doivent éveiller particulièrement l'attention du médecin, et lui faire craindre l'existence ou l'apparition prochaine d'une affection cardiaque chez le proposant ; ce sont les hémorrhagies nasales chez les vieillards, les inter-

mittences cardiaques (insuffisance mitrale) et le besoin fréquent d'uriner la nuit (rétrécissement mitral). Mais, aucun de ces symptômes n'a de caractère pathognomonique. Ainsi, les intermittences peuvent s'observer chez les sujets atteints de dilatation stomacale ou intoxiqués par le thé, le café ou le tabac.

Si le médecin ne trouve pas dans l'un de ces phénomènes une raison suffisante pour s'opposer à l'Assurance proposée, il doit laisser toute liberté d'action à la Compagnie, en la prévenant toutefois du péril qu'elle peut encourir.

Toute lésion valvulaire est caractérisée par un bruit de souffle pathognomonique et par des battements spéciaux du pouls, appréciables au doigt et au sphygmographe.

Le pouls de l'insuffisance mitrale est irrégulier et intermittent ; celui de l'insuffisance aortique est bondissant (pouls de Corrigan) ; celui du rétrécissement mitral est presque normal, mais accompagné d'un dédoublement caractéristique des bruits du cœur ; enfin, celui du rétrécissement aortique est régulier, très petit et dur.

Le pouls veineux appartient à l'insuffisance tricuspide.

Ces différents caractères présentés par le pouls ont bien moins de précision que les modifications apportées dans les bruits normaux du cœur.

La constatation d'un bruit de souffle au cœur doit être considérée comme une cause de refus constante pour un proposant. Mais le médecin doit bien veiller à ne pas confondre les souffles organiques avec les

souffles non organiques et diastoliques de la chlorose, car les seconds n'ont point la gravité des premiers.

Les bruits de souffle de la valvule mitrale ont leur maximum d'intensité à la pointe du cœur et se propagent toujours dans la direction de l'aisselle. Ils sont systoliques pour l'insuffisance et présystoliques pour le rétrécissement qui s'accompagne en outre d'un dédoublement du second bruit, indépendant des mouvements respiratoires.

Les bruits de souffle de l'orifice aortique ont leur maximum d'intensité dans le deuxième espace intercostal, près le bord droit du sternum, et se propagent toujours dans la direction de l'aorte et des carotides. Ils sont diastoliques pour l'insuffisance et systoliques pour le rétrécissement.

Les bruits de souffle de la valvule tricuspide ont leur maximum d'intensité au niveau de l'appendice xiphoïde, près le quatrième espace intercostal gauche.

Les bruits de souffle de l'orifice de l'artère pulmonaire ont leur maximum d'intensité à la base du cœur, dans le troisième espace intercostal, près le bord latéral gauche du sternum.

— C'est de 50 à 70 ans qu'il succombe le plus grand nombre de cardiaques.

La mortalité annuelle des affections organiques du cœur est en moyenne de 131 décès pour une population de 100,000 habitants. Sur 100 cardiaques adultes, des deux sexes, il en succombe environ 30 par an ;

sur 100 hommes, on compte 25 décès annuels ; sur 100 femmes, 36 décès.

— Voir les articles : *Adhérences du péricarde*, *Anémie* (pour le diagnostic des souffles chlorotiques), *Anévrysmes*, *Angine de poitrine*, *Athéromasie*, *Maladie de Basedow*, *Intermittences cardiaques*, *Myocardite*, *Palpitations*, *Péricardite*, *Pouls* et *Sphygmographie*.

LÉTHARGIE

Voir l'article : *Hystérie*.

LEUCÉMIE

(LEUCOCYTHÉMIE OU ADÉNIE)

A refuser. — Tout proposant atteint de leucémie.

OBSERVATIONS

La leucémie ou leucocythémie est caractérisée par l'augmentation morbide, permanente, du nombre des globules blancs dans le sang.

L'augmentation physiologique et temporaire des leucocythes, sous l'influence de la digestion ou de la

grossesse, n'intéresse nullement les Compagnies d'assurances sur la vie ; il en est de même de l'augmentation pathologique, momentanée, de ces éléments, consécutive au typhus et à toutes les maladies graves.

La leucémie vraie est une maladie de l'âge adulte ; elle s'observe plus souvent chez l'homme que chez la femme.

Ses causes sont inconnues. Cependant, l'alcoolisme, la malaria et surtout la débilité semblent favoriser son développement.

Au point de vue de la physiologie pathologique, elle est le résultat de l'irritation nutritive et fonctionnelle des divers organes hématopoiétiques : de la rate (leucémie splénique), des ganglions lymphatiques (leucémie ganglionnaire), de l'appareil lymphoïde de l'intestin (leucémie intestinale) et plus rarement de la moelle des os (leucémie médullaire). L'irritation nutritive amène l'hypertrophie de l'organe enflammé, l'irritation fonctionnelle active la production des produits cellulaires, c'est-à-dire des globules blancs.

Lorsque le médecin soupçonne l'existence d'une leucémie chez un proposant, il doit donc rechercher si la rate n'est pas hypertrophiée, et s'il n'existe pas des masses ganglionnaires au cou, à l'aisselle, à l'aine au mésentère, aux bronches.

La rate est hypertrophiée 19 fois sur 20 ; elle peut atteindre et même dépasser 9 livres.

Dans l'aisselle, on trouve parfois des masses ganglionnaires de 400, 500 et 1,000 grammes.

Quant au foie, il est généralement hypertrophié 12 à 14 fois sur 20.

Mais c'est surtout à l'altération subie par le sang, qu'il faut attacher de l'importance. A l'état normal, il y a, on le sait, 1 globule blanc environ pour 400 à 500 rouges ; dans la leucémie légère, il y a 1 globule blanc pour 12 à 19 rouges, et dans la leucémie grave, 1 globule blanc pour 6, 4 et 2 rouges, et même 2 globules blancs pour 3 rouges.

Ajoutons que l'urine présente une diminution considérable de l'urée et une augmentation notable de l'acide urique et des urates. Les matières extractives sont diminuées ou disparues.

A côté de la leucémie vraie, il existe des formes irrégulières de pseudo-leucémies. Il faut notamment rattacher à ces pseudo-leucémies, les lymphadénomes et l'adénie ou maladie de Hodgkin. Dans ces affections, le nombre des globules blancs n'est pas toujours augmenté, et tout peut se borner à des lésions ganglionnaires; néanmoins, aucun proposant atteint de diathèse lymphogène ne peut être assuré sur la vie.

— Voir les articles : *Adénites chroniques*, *Adénomes*. *Adénopathie trachéo-bronchique*, *Anémie*, *Cirrhoses* (pour les divers modes d'exploration du foie), *Hypertrophie de la rate* (pour les divers modes d'exploration), *Lymphadénie cutanée*, *Lymphadénomes* et *Lymphosarcomes*.

LEUCORRHÉE

(FLUEURS BLANCHES)

OBSERVATIONS

La leucorrhée n'est qu'un symptôme.

Elle provient de la vulve, du vagin, de l'utérus, ou de toutes ces parties à la fois.

Le liquide de la vulve est un mucus visqueux, filant, assez épais et à odeur aigrelette.

Le liquide du vagin est blanchâtre, lactescent.

Le liquide de l'utérus empèse le linge s'il provient de la région cervicale ; celui du corps laisse seulement des tâches grisâtres.

Les flueurs blanches peuvent s'observer chez les femmes débilitées ou scrofuleuses, mais le plus souvent elles sont la conséquence d'une métrite ou d'une lésion organique de l'utérus (cancer, corps fibreux, etc...).

C'est par un interrogatoire bien dirigé que le médecin peut se renseigner sur la nature de la leucorrhée et, par suite, formuler une conclusion motivée dans son rapport médical.

Si la leucorrhée lui semble être le résultat d'une affection grave, il doit exiger l'examen par le toucher et le spéculum. Au cas où la femme refuserait de se soumettre à cette exploration, le médecin doit s'incliner mais déclarer à la Compagnie d'assurances qu'il

lui est impossible d'accepter la moindre responsabilité vis-à-vis de cette malade.

— Voir les articles : *Aménorrhée*, *Dysménorrhée*, *Métrites*, *Métrorrhagies* et *Polypes*.

LICHEN

A recevoir. — Tout proposant atteint de lichen ruber plan, simple.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant atteint de lichen pilaire des strumeux, à forme bénigne.

A refuser. — 1° Tout proposant atteint de lichen ruber acuminé de Hébra ;

2° Tout proposant atteint de lichen pilaire des strumeux, à forme grave.

OBSERVATIONS

En principe, les proposants atteints de lichen peuvent être acceptés par les Compagnies d'assurances sur la vie.

Toutefois, le lichen ruber acuminé de Hébra, pouvant altérer la santé, au point de déterminer parfois la mort, doit être considéré comme une cause de refus constante. Il en est de même du lichen pilaire compliqué de suppurations, de glandes et d'altérations osseuses.

Les autres variétés (lichen ruber plan, lichen pilaire des strumeux bénin) sont pour ainsi dire sans danger.

LIPOME

A recevoir.

OBSERVATIONS

Le lipome est le type de la tumeur bénigne.

Le médecin ne doit donc pas le considérer comme une cause de refus. Toutefois, son volume, son poids et sa situation peuvent amener des troubles dans les organes voisins, susceptibles d'en rendre le pronostic très sérieux.

— Voir l'article : *Tumeurs*.

LIPOTHYMIES

Voir l'article : *Syncope*.

LIPURIE

Voir l'artiele : *Chylurie*.

LITHIASE BILIAIRE

(COLIQUE HÉPATIQUE)

A recevoir. — Tout proposant issu de parents atteints de coliques hépatiques, indemne de tout trouble pathologique du côté du foie.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant issu de parents sains, ayant eu non pas des coliques hépatiques vraies, mais quelques crises d'hépatalgie, disparues depuis longtemps sous l'influence d'un traitement approprié.

A refuser. — 1° Tout proposant ayant eu des coliques hépatiques ;

2° Tout proposant issu de parents atteints de coliques hépatiques ou d'arthritisme grave, sujet à avoir des crises d'hépatalgie ou quelques troubles du foie pouvant faire craindre la lithiase biliaire.

OBSERVATIONS

La lithiase biliaire et les douleurs d'hépatalgie sont fréquentes ; les coliques hépatiques vraies sont, au contraire, peu communes.

La lithiase biliaire est une des manifestations les plus importantes de la nutrition retardée. Son hérédité est donc toute-puissante ; l'hérédité directe ne

s'observe que 5 fois sur 100, mais l'hérédité indirecte, qui comprend toutes les maladies par ralentissement (rhumatisme articulaire aigu, diabète, obésité, goutte, rhumatisme articulaire chronique, asthme, gravelle, névralgies, etc.), est presque la règle...

C'est surtout de 25 à 45 ans que se voit la lithiase biliaire.

Le sexe féminin est beaucoup plus exposé à la contracter que le sexe masculin. Sur 100 cas de coliques hépatiques, on compte 77 femmes et seulement 23 hommes.

On peut dire que la lithiase biliaire est à la femme ce que la goutte est à l'homme. Elle survient chez la femme dès le début de la vie génitale, par suite du ralentissement des oxydations dû à la menstruation; plus tard, elle se déclare sous l'influence du mariage, des grossesses, des accouchements, de la lactation prolongée et répétée, des maladies utérines, etc...

Cette prédisposition du sexe féminin pour la lithiase biliaire oblige, évidemment, le médecin à se montrer beaucoup plus sévère, toutes choses égales d'ailleurs, sur le pronostic d'avenir de la lithiase féminine que de la lithiase masculine.

A partir de la vieillesse, la lithiase biliaire devient à peu près égale dans les deux sexes. Elle est incompatible avec l'Assurance sur la vie.

La lithiase biliaire est loin d'avoir la même gravité que la colique hépatique; néanmoins, son pronostic doit être considéré comme très sérieux à cause des complications graves qu'elle peut déterminer. Parmi ces complications, il faut citer : l'occlu-

sion intestinale, l'inflammation perforante du cœcum, si le calcul s'arrête dans l'intestin, l'hydropisie de la vésicule biliaire, la cholécystite purulente, la rupture vésiculaire, si le calcul reste enclavé dans le canal cystique, l'ictère et la congestion hépatique, si le calcul s'arrête dans le canal cholédoque. Tout calcul biliaire peut amener une inflammation ulcérative avec péritonite mortelle, une gangrène du canal avec collapsus subit, une communication fistuleuse avec la paroi extérieure, l'intestin, l'estomac, la vessie ou les vaisseaux du système porte. Enfin, il peut se produire une syncope, une mort subite, des vomissements incoercibles, de la congestion pulmonaire, de la dilatation du cœur droit, etc...

Ajoutons que la lithiase biliaire est une affection très tenace et qui récidive avec la plus grande facilité.

— C'est de 45 à 70 ans que s'observe le plus grand nombre de décès par lithiase biliaire.

Sur 100 malades adultes, des deux sexes, atteints de lithiase biliaire, il en succombe environ 5 par an ; sur 100 hommes, on compte 6 décès annuels ; sur 100 femmes, 5 décès.

LITHIASE URINAIRE

(COLIQUE NÉPHRÉTIQUE)

A recevoir. — Tout proposant issu de parents

atteints de coliques néphrétiques, indemme de tout trouble pathologique du côté de l'appareil urinaire.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant issu de parents sains, ayant, à intervalles éloignés, un très léger dépôt de sable dans les urines.

A refuser. — 1° Tout proposant ayant eu des coliques néphrétiques ;

2° Tout proposant issu de parents atteints de coliques néphrétiques ou d'arthritisme grave, sujet à avoir un peu de gravelle.

OBSERVATIONS

La lithiase urinaire est une affection fréquente.

L'hérédité a une influence incontestable sur son développement. Les parents peuvent transmettre directement la lithiase urinaire à leurs enfants, mais le plus souvent ils leur communiquent la diathèse urique qui se manifeste, on le sait, sous les formes variées de la nutrition ralentie : gravelle urique, goutte, névroses, migraines, asthme, éruptions cutanées psoriasiques, etc...

La lithiase urinaire s'observe à tous les âges, mais surtout entre 50 et 60 ans.

Elle est bien plus commune chez le sexe masculin que chez le sexe féminin ; on compte trois hommes pour une femme.

Enfin, certains pays semblent être favorables au développement de cette maladie, en particulier

l'Angleterre et la Hollande. Les climats de France et d'Allemagne n'ont pas la même influenec.

La lithiase urinaire est le point de départ des eoliques néphrétiques et de la pierre.

Les coliques néphrétiques ne sont pas très graves par elles-mêmes, mais leurs conséquences peuvent être funestes; ee sont la néphro-pyélite, l'hydronéphrose, l'anurie et consécutivement l'urémie, les caleuls vésieaux.

Lorsque le médeein peut aequérir la certitude que la lithiase urinaire est unilatérale, il doit eonsidérer le pronostic eomme moins mauvais, mais comme cette constatation est susceptible d'erreur, il est prudent de ne pas en tenir eompte au point de vue des Assuranees sur la vie.

Le médeein doit surtout baser son appréciation sur le degré d'intégrité du rein.

— C'est de 50 à 70 ans que s'observe le plus grand nombre de décès par lithiase urinaire.

Sur 100 malades adultes, des deux sexes, atteints de lithiase urinaire, il en suceombe environ 9 par an : sur 100 hommes, on compte 7 décès annuels; sur 100 femmes, 14 déeès.

—Voir les artieles : *Gravelle*, *Néphrites* et *Pierre*.

LORDOSE

A recevoir. — Tout proposant atteint de lordose non eompliquée d'accidents viseéraux.

A refuser.—1° Tout proposant atteint de lordose compliquée de troubles graves dans les fonctions pulmonaires ou cardiaques ;

2° Toute femme atteinte de lordose sacro-vertébrale, susceptible d'amener de sérieuses complications en cas d'accouchement.

OBSERVATIONS

La lordose, caractérisée par une courbure du rachis à convexité antérieure, est rare en tant que déviation primitive.

Les sujets qui en sont atteints se portent généralement bien ; mais dans certains cas de lordose dorsale, ils peuvent présenter des troubles pulmonaires et cardiaques suffisants pour les empêcher de contracter une Assurance sur la vie.

La lordose sacro-vertébrale peut également être une cause de refus pour les femmes, car elle détermine toujours un rétrécissement considérable du bassin.

La lordose momentanée qui s'observe parfois dans le lumbago n'a rien de grave, mais elle peut être due à une paralysie des muscles abdominaux (muscles fléchisseurs du rachis) ou des muscles spinaux postérieurs (muscles extenseurs du rachis). Le médecin doit alors songer à la possibilité d'une myélite, et ne pas prendre sur lui la responsabilité d'assurer un proposant dans de semblables conditions.

— Voir les articles : *Cyphose*, *Rachitisme* et *Scoliose*.

LOUPES

OBSERVATIONS

Le pronostic des loupes ne présente pas de gravité.

Tout proposant atteint de loupe peut donc être assuré sur la vie.

Seules, les loupes de grandes dimensions et celles qui sont compliquées de phénomènes graves, comme l'usure des os du crâne ou leur perforation, ne doivent pas être acceptées par les Compagnies.

LUPUS

A recevoir avec réserves. — Tout proposant atteint de lupus érythémateux discoïde, léger (lupus couperosique, lupus pernio, lupus eczématoïde, lupus psoriasiforme).

A refuser. — Tout proposant atteint de lupus érythémateux ou tuberculeux.

OBSERVATIONS

Comme le lupus est une affection de nature tuberculo-scrofuleuse, il est nécessaire d'examiner à ce double point de vue diathésique tous les proposants issus de parents atteints de lupus. S'il n'existe pas de

traces de ces deux diathèses, le médecin ne doit pas refuser l'Assurance proposée.

Mais tout proposant atteint de lupus érythémateux ou tuberculeux est impossible à recevoir, à cause des complications qui peuvent en être la conséquence.

Le lupus érythémateux, agminé ou généralisé, qui est la forme la plus bénigne, peut déterminer des phénomènes morbides pulmonaires et cardiaques, ou articulaires, s'accompagner d'albuminurie ou d'érysipèles graves, etc...

Le lupus érythémateux, discoïde ou isolé, n'amène, au contraire, presque jamais de complications ; il peut donc être accepté par les Compagnies d'assurances sur la vie dans les cas favorables, c'est-à-dire lorsqu'il est sans complications, bien localisé, de très petite dimension et de date ancienne (lupus psoriasiforme, etc...).

Quant au lupus tuberculeux, exedens et non exedens, il est grave non seulement par les hideuses déformations qu'il produit, mais aussi par les nombreuses complications qui l'accompagnent : maladies pulmonaires, cardiaques, articulaires, érysipèle, albuminurie, éléphantiasis, épithéliome, tuberculose pulmonaire, etc...

—Le lupus tuberculeux débute toujours vers l'âge de 3 à 5 ans; le lupus érythémateux, au contraire, apparaît entre 15 et 30 ans.

Les femmes y sont bien plus exposées que les hommes ; les pauvres que les riches.

LYMPHADÉNIE CUTANÉE

(MYCOSIS FONGOÏDE)

A refuser.

OBSERVATIONS

La lymphadénie cutanée est une affection essentiellement chronique. Elle dure fort longtemps, présente quelques intervalles d'amélioration et se termine ordinairement par la mort, à la suite d'une maladie accidentelle ou d'un état cachectique analogue à la leucémie.

Elle est constituée, on le sait, par le développement de globules lymphatiques sous-cutanés, formant des tumeurs molles et mamelonnées qui peuvent s'ulcérer et devenir fongueuses.

— Voir l'article : *Leucémie*.

LYMPHADÉNOMES

A refuser.

OBSERVATIONS

Tout lymphadénome ou lymphosarcome doit être refusé par les Compagnies d'assurances sur la vie.

Le pronostic est très grave et le plus souvent ces tumeurs évoluent comme le pire des cancers.

LYMPHANGIOMES

A refuser.

OBSERVATIONS

Les lymphangiomes, quoique peu graves par eux-mêmes, doivent être refusés par les médecins des Compagnies d'assurances sur la vie.

Ils sont souvent le point de départ d'accidents très sérieux, en particulier de lymphangite aiguë ou de septicémie foudroyante.

En outre, toute tentative opératoire n'est pas sans danger.

LYMPHANGITE CHRONIQUE

OBSERVATIONS

La lymphangite chronique est peu connue.

Comme l'érysipèle chronique, elle semble être la cause de l'éléphantiasis des Arabes.

— Voir les articles : *Eléphantiasis des Arabes* et *Erysipèle périodique*.

LYMPHOSARCOMES

Voir l'article : *Lymphadénomes*.

M

MAIGREUR

A recevoir. — Tout proposant atteint de maigreur non morbide.

A refuser. — Tout proposant amaigri sous l'influence d'une maladie grave quelconque : tuberculose, etc...

OBSERVATIONS

La maigreur n'est pas une contre-indication à l'Assurance sur la vie, à moins qu'elle ne relève d'un état constitutionnel grave.

On voit souvent des gens d'une maigreur extrême qui se portent à merveille.

Il faut se défier, cependant, des proposants qui ont maigri rapidement, sans cause appréciable. Huntington a trouvé que sur 386 sujets pesant au-dessous de la moyenne, il en mourait 11,05 p. 100 de phtisie pulmonaire.

MALADIES

Voir les articles : *Addison* (pour la maladie bronzée), *Albuminurie*, *Néphrites* et *Urémie* (pour la maladie de Bright), *Basedow* (pour le goître exophtalmique ou maladie de Graves), *Charcot* (pour la sclérose latérale amyotrophique), *Fièvres* (pour les maladies aiguës), *Friedreich* (pour l'ataxie héréditaire), *Huntington* (pour la chorée héréditaire), *Lésions valvulaires* (pour la maladie de Corrigan), *Ménière* (pour le vertige auriculaire), *Parkinson* (pour la paralysie agitante) et *Thomsen* (pour les spasmes musculaires).

MALARIA

Voir l'article : *Impaludisme*.

MAL DE POTT

A recevoir avec réserves. — Tout proposant issu de parents non arthritiques, ayant eu un mal de Pott rhumatismal, guéri depuis longtemps, et complètement indemne de scrofulo-tuberculose.

A refuser. — Tout proposant atteint de mal de Pott.

OBSERVATIONS

Le mal de Pott est une affection très grave. Toutefois, la forme tuberculeuse est beaucoup plus sérieuse que la forme rhumatismale ; cette dernière, en effet, se guérit presque toujours, malheureusement elle est exceptionnelle, et le médecin ne doit pas en tenir compte en matière d'Assurances sur la vie, à moins que son diagnostic soit irréprochable.

La scrofule et la tuberculose sont, au contraire, les deux principaux facteurs du mal de Pott.

La formation d'abcès par congestion ou l'existence d'une paraplégie assombrissent le pronostic. La gibbosité, au contraire, est une condition favorable, car elle permet aux vertèbres de se réparer par le contact. — C'est surtout pendant la première enfance que s'observent la plupart des cas de mort par mal de Pott; après 30 ans, le nombre des décès diminue dans une proportion notable.

La mortalité annuelle du mal de Pott est, en moyenne, de 3 décès pour une population de 100,000 habitants. Sur 100 sujets adultes, des deux sexes, atteints de mal de Pott, il en succombe environ 12 par an ; sur 100 hommes, on compte 13 décès annuels ; sur 100 femmes, 14 décès.

MAMELLE

Voir les articles : *Galactocèle* et *Tumeurs*.

MÉDULLOCÈLE

A refuser.

— Voir l'article : *Sarcomes*.

MELÆNA

Voir l'article : *Entérorrhagies*.

MÉLANÉMIE

Voir l'article : *Impaludisme*.

MÉMOIRE

A refuser. — Tout proposant atteint d'un trouble profond de la mémoire, indice probable d'une affection cérébrale.

OBSERVATIONS

Les troubles subits ou inexplicables de la mémoire (amnésie) doivent attirer vivement l'attention du médecin, car ils sont bien souvent l'indice d'une lésion cérébrale grave.

A ces troubles, il faut ajouter l'aphasie, l'alalie, la laloplégie, etc...

MÉNIÈRE (Maladie de)

(VERTIGE AURICULAIRE)

A recevoir avec réserves. — Tout proposant ayant eu des attaques vertigineuses, *sine aure læsa*.

A refuser. — Tout proposant ayant eu des attaques vertigineuses graves, *ab aure læsa*, compliquées de surdité.

OBSERVATIONS

Ce qui constitue la gravité du vertige de Ménière, *ab aure læsa*, ce sont les complications possibles : otites purulentes, carie du rocher et lésions encéphaliques par voisinage.

MÉNINGITE

OBSERVATIONS

La méningite rhumatismale dans le passé pathologique d'un sujet, n'est pas une contre-indication à

l'Assurance sur la vie, à moins qu'elle n'ait occasionné des accidents lypémaniaques.

Il en est de même de tous les accidents méningitiques qui peuvent survenir dans le cours d'une affection aiguë.

Quant à la méningite tuberculeuse, il n'y a pas lieu de s'en préoccuper puisqu'elle se termine toujours par la mort. Si un proposant déclare en avoir été atteint, on peut affirmer qu'il commet une erreur de diagnostic.

MÉTRITES CHRONIQUES

A recevoir. — Toute femme, ayant dépassé l'âge de la ménopause, guérie d'une métrite chronique non compliquée d'accidents généraux ou péri-utérins.

A recevoir avec réserves. — 1° Toute femme, ayant dépassé l'âge de la ménopause, guérie d'une métrite chronique compliquée de troubles généraux légers (dyspepsie, chlorose, névralgies, etc...) ou d'accidents péri-utérins entièrement disparus.

2° Toute femme atteinte de métrite chronique non hémorrhagique, ne paraissant pas devoir amener de complications générales ou locales par suite de sa bénignité.

A refuser. — 1° Toute femme, encore réglée, atteinte de métrite chronique intense, sujette à récidives et accompagnée de troubles généraux de la santé.

2° Toute femme, encore réglée, atteinte de métrite chronique intense, compliquée de phlegmasies péri-utérines ou d'hémorrhagies abondantes.

OBSERVATIONS

Les métrites chroniques (métrite interne et métrite parenchymateuse) sont extrêmement fréquentes.

Leur pronostic doit être considéré comme très sérieux, bien que nombre de femmes vivent longtemps avec ces sortes d'affections utérines. Mais toutes ont un mauvais état constitutionnel et sont exposées à mourir, si elles ont des hémorrhagies abondantes.

Enfin, les métrites chroniques peuvent devenir le point de départ de complications graves : phlegmasies péri-utérines (périmétrites, pelvi-ovarites, péritonites, etc...) et déplacements utérins (flexions et versions).

En outre, les métrites chroniques ont une tendance telle à récidiver, que toute femme encore réglée qui en a été atteinte, n'est jamais en droit de se considérer comme radicalement guérie. Le médecin examinateur ne doit donc recevoir ces dernières qu'avec la plus grande réserve.

On a dit que la métrite chronique favorisait le développement du cancer utérin et de la tuberculose pulmonaire (Aran) ; ce sont là des probabilités qui ne peuvent être appliquées à tous les cas.

L'état général, les symptômes locaux (hémorrhagies) et les complications constituent, dans tous

les cas, les moyens d'appréciation les plus sûrs pour le médecin de Compagnies d'assurances sur la vie.

MÉTRORRHAGIES

A recevoir. — 1° Toute femme, bien réglée et en parfaite santé, ayant eu des métrorrhagies, soit au moment de la puberté, soit pendant le cours d'une maladie aiguë à forme hémorrhagique.

2° Toute femme, bien portante, ayant eu quelques métrorrhagies à l'époque de la ménopause.

A recevoir avec réserves. — Toute femme, bien réglée et en parfaite santé, ayant eu des métrorrhagies consécutives à une métrite interne, un fibro-myome, un polype utérin ou un kyste de l'ovaire opéré avec succès et sans danger de récidive.

A refuser. — Toute femme atteinte de métrorrhagies répétées ou abondantes, quelle qu'en soit la cause.

OBSERVATIONS

Les métrorrhagies peuvent s'observer dans bien des circonstances.

Si elles ont été passagères et si elles sont survenues dans des circonstances spéciales compatibles avec l'Assurance sur la vie, elles ne doivent pour ainsi dire pas attirer l'attention du médecin examinateur;

ee sont les métrorrhagies qui surviennent à l'époque des premières menstrues ou à l'âge de la ménopause, ou bien eneore dans le eours d'une maladie grave, hémorrhagique.

Lorsqu'au eontraire, ce qui est presque la règle, les mëtrorrhagies sont symptomatiques d'une affection, il faut préciser la nature de cette affection et s'enquérir de l'état général du sujet.

La métrite interne, les polypes fibreux ou muqueux, les fibro-myomes, le cancer, les tumeurs abdominales qui intéressent l'utérus ou les organes voisins sont les principales eauses des métrorrhagies. Si ees maladies sont radiealement guéries et de ce fait les métrorrhagies disparues, le médeein peut accepter quelquefois l'Assurance proposée. Dans le eas opppsé, le refus doit être formel.

Chez une femme jeune, la présenee des métrorrhagies doit fait eraindre la métrite, les polypes et les fibro-myomes ; chez une femme âgée, ayant dépassé la ménopause, le caneer.

Comme règle générale, on peut établir, qu'il faut refuser toute femme atteinte de métrorrhagies répétées provenant d'une eause quelconque, ear il en résulte fatalement de l'anémie, et aeeepter eelles qui ont eu quelques métrorrhagies momentanées par suite de eirconstances spéciales disparues.

— C'est de 25 à 45 ans qu'il succombe le plus grand nombre de femmes par hémorrhagies utérines, non puerpuérales.

La mortalité annuelle des métrorrhagies est, en moyenne, de 1 décès sur 100,000 habitants. Sur 100

femmes adultes, atteintes d'hémorrhagies utérines, non puerpérales, on compte 2 décès annuels.

— Voir l'article : *Dystocie*.

MICROBES

OBSERVATIONS

Les découvertes récentes, mais encore restreintes, de la microbiologie sont destinées à rendre d'immenses services en matière d'Assurances sur la vie ; il est certain, en effet, qu'elles pourront permettre de reconnaître un bon nombre de maladies dès leur début.

Aujourd'hui, la nature microbienne est nettement établie pour plusieurs maladies, mais surtout pour quatre d'entre elles : le charbon, la gangrène gazeuse, la morve et la tuberculose ; elle l'est aussi, mais quelques médecins refusent encore de l'admettre, pour la blennorrhagie et l'érysipèle.

Il est probable que toutes les maladies contagieuses, et peut-être plusieurs autres, sont le résultat d'un microbe ou de ses sécrétions (leucomaïnes, ptomaïnes). En tous les cas, le médecin de Compagnies d'assurances sur la vie peut dès aujourd'hui faire son profit de la découverte du bacille de Koch.

Il importe donc de savoir faire l'analyse microscopique des crachats tuberculeux. Evidemment, l'absence de bacilles dans les crachats d'un sujet at-

teint de bronchite chronique n'est pas une preuve absolue qu'il n'existe pas de tuberculose; mais, en revanche, leur présence est un signe pathognomonique. N'y eût-il en apparence aucun signe clinique de tuberculose, le médecin doit impitoyablement refuser tout proposant dans les crachats duquel il a découvert des bacilles.

La technique à employer pour la recherche du bacille de Koch est la suivante :

On commence par étaler le crachat en une couche mince sur une lamelle qu'on laisse sécher à l'air puis qu'on passe rapidement deux ou trois dans la flamme d'une lampe à alcool afin de coaguler l'albumine.

Cette opération faite, on prépare le liquide colorant suivant :

Solution aqueuse saturée d'aniline, 100 c. c.

Solution alcoolique saturée de violet de méthyle B, 11 c. c.

La préparation de la solution d'aniline se fait par l'agitation, le chauffage, le filtrage, jusqu'à obtention d'une limpidité parfaite du liquide.

La préparation du violet de méthyle n'a rien de spécial à signaler.

Une fois le liquide colorant préparé, on en verse une certaine quantité dans un verre de montre, on le chauffe légèrement et on y place la lamelle préparée qu'on laisse ainsi pendant douze heures.

Au bout de douze heures. on lave soigneusement la lamelle dans de l'eau distillée, puis dans une solution d'acide nitrique à 30 p. 100 jusqu'à décoloration complète, enfin on lave à nouveau dans de l'eau distillée.

Lorsque la lamelle a été bien lavée et bien décolorée, on la plonge dans un nouveau bain colorant composé d'une solution aqueuse de fuschine à l'eau; on lave encore dans de l'eau distillée et on laisse sécher.

La préparation est complètement terminée; il suffit de monter la lamelle dans le baume de Canada et de la placer sous un objectif à immersion, pour voir les bacilles fortement colorés en violet se détacher sur le fond rouge du crachat.

MICTION (Troubles de la)

OBSERVATIONS

Les troubles de la mietion ont une grande importance séméiologique en pathologie urinaire; leurs principales conséquences sont la rétention et l'incontinence d'urine.

Il importe d'interroger soigneusement ehaque proposant sur ce point : de connaître, d'abord, la fréquenee diurne et surtout nocturne des mictions, de s'informer des modifications subies par le jet d'urine, de savoir, enfin, si les mictions sont impérieuses, difficiles ou douloureuses.

C'est par la reeherche attentive de ces divers états qu'on peut arriver à diagnostiquer la eause première de la rétention ou de l'incontinence du proposant, et par suite avoir la possibilité de se prononcer pour

le refus ou l'acceptation de l'Assurance proposée.

A l'état normal, le besoin *diurne* d'uriner est plus ou moins fréquent ; le besoin *nocturne*, au contraire, ne doit pas se faire sentir.

Tout sujet qui urine souvent le jour n'est donc pas forcément un urinaire (prostatique, rétréci, calculeux ou cystalgique), ce peut être un buveur de bière ou de vin blanc, un nerveux impressionnable urinant à la plus légère émotion, un hypochondriaque, un dyspeptique obligé d'uriner pendant toute la période du travail digestif, un myélique.

Tout sujet qui urine souvent la nuit, est, au contraire, presque certainement un urinaire et le plus souvent un prostatique.

Le premier, ne peut être refusé que si la cause qui l'oblige à pisser souvent est elle-même un motif de refus. Le second, doit être considéré par avance comme inacceptable ou tout au moins à peine acceptable.

L'intensité du besoin d'uriner n'a qu'une valeur relative, car ce signe s'observe non seulement dans tous les états vésicaux douloureux (cystite blennorrhagique ou tuberculeuse, hypertrophie de la prostate), mais aussi chez la plupart des névropathes, ainsi que chez certains calculeux.

La difficulté à uriner pouvant amener la rétention complète ou incomplète est un signe bien plus important ; mais il n'acquiert toute sa valeur, que si on peut apprécier le moment de la miction qui provoque l'effort.

Si l'effort se produit au début, en d'autres termes

si le sujet est obligé d'attendre entre l'instant où il essaie d'uriner et celui où apparaissent les premières gouttes d'urine (miction dite *retardée*), il s'agit d'un prostatique ; si l'effort a lieu à la fin de la miction et est accompagné de douleurs, il résulte le plus souvent d'un calcul ou d'une cystite ; enfin, si l'effort a lieu pendant toute la durée de la miction (miction dite *lente*), il est causé, soit par un rétrécissement, soit, ce qui est plus fréquent, par une affection médullaire.

A l'effort, il faut rattacher le phénomène douleur. La douleur qui survient avant la miction est due, soit à une sensibilité vésicale exagérée, comme, par exemple, dans les crises vésicales et uréthrales préataxiques, soit à une hypertrophie de la prostate avec lésion du col, soit à une cystite ordinaire subaiguë. La douleur pendant la miction (sensation de brûlure) est généralement le signe d'une lésion uréthrale ou la conséquence d'une cystite avec urines alcalines et ammoniacales. La douleur de la fin de la miction est presque pathognomonique d'un calcul si elle se produit seulement sous l'influence du mouvement pour disparaître sous celle du repos ; si, au contraire, malgré le repos dans le décubitus horizontal, elle persiste tout le temps, et procède par crises, elle est causée par une altération organique et le plus souvent par la tuberculose de la prostate ou de la vessie.

Quant aux modifications subies par le jet, elles n'ont d'importance qu'autant qu'elles sont très prononcées et constantes. C'est l'interruption brusque du jet, le sujet étant debout, qui a la plus grande

valeur, car elle constitue presque un signe pathognomonique de l'existence d'un calcul ; la forme en vrille, aplatie, bifide du jet, la diminution de son volume et de sa projection ne peuvent pas plus permettre l'hypothèse d'un rétrécissement que d'une hypertrophie de la prostate.

Comme on le voit, l'étude de la miction ne doit être considérée par le médecin de Compagnies d'assurances sur la vie que comme un moyen d'arriver à établir un diagnostic. Tel ou tel trouble apporté dans l'émission de l'urine ne peut permettre, s'il n'est appuyé par d'autres faits, de refuser un proposant.

Ainsi, on peut recevoir une hystérique ou un hypochondriaque atteint de rétention d'urine, et on doit refuser tout proposant atteint de rétention consécutive à une maladie urinaire grave (hypertrophie prostatique, calcul, cystite tuberculeuse), à une affection cérébrale ou médullaire, à une lésion du rachis ou à une tumeur comprimant l'urèthre, etc...

Les mêmes observations s'appliquent à l'incontinence d'urine.

L'incontinence d'urine vraie, celle qui consiste dans l'écoulement constant, goutte à goutte, de l'urine, avec vessie vide au cathétérisme, s'observe dans les troubles de l'innervation du sphincter vésical qui résultent de l'hystérie ou d'une lésion des centres nerveux, ainsi que dans les cas où le sphincter ne peut se fermer par suite d'une lésion organique vésicale, d'un enclavement calculeux dans le col ou la région prostatique, d'une hypertrophie particulière

de la prostate ou d'un rétrécissement uréthral déterminant une dilatation du col par derrière lui.

L'incontinence par regorgement, celle qui consiste dans l'écoulement goutte à goutte de l'urine, avec vessie pleine au cathétérisme, s'observe dans presque tous les cas d'hypertrophie de la prostate et dans certaines paralysies d'origine nerveuse.

Il faut toujours sonder un proposant atteint d'incontinence d'urine, car le cathétérisme met à coup sûr dans la voie du véritable diagnostic. Ainsi, si la vessie est remplie d'urine et si le sujet a dépassé la cinquantaine sans avoir jamais présenté le moindre accident d'innervation, il faut conclure à l'hypertrophie prostatique.

— Voir les articles : *Cystites*, *Cystocèle vaginale*, *Gravelle*, *Hypertrophie de la prostate*, *Hystérie*, *Lithiase urinaire*, *Mal de Pott*, *Myélites*, *Oligurie*, *Paraplégies*, *Pierre* et *Rétrécissements*.

MIGRAINE

A recevoir. — Tout proposant atteint de migraine dégagée de tout phénomène arthritique grave.

OBSERVATIONS

La migraine est une des manifestations les plus nettes de l'arthritisme. Elle n'intéresse les Compagnies d'assurances sur la vie qu'à ce seul point de vue.

La migraine a des relations très étroites avec toutes les maladies qui relèvent du ralentissement de la nutrition : gravelle, goutte, athsme, lithiase biliaire, obésité, diabète, rhumatisme articulaire aigu et chronique, névralgies. hémorrhoïdes, dermatoses, dyspepsies, etc...

Les céphalées peuvent encore être le résultat de l'aliénation mentale, de la syphilis ou d'une tumeur cérébrale.

C'est la recherche de ces maladies qui doit uniquement préoccuper le médecin examinateur, lorsqu'il se trouve en face d'un proposant migraineux.

La migraine est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme, quoi qu'on en ait dit.

MOLLUSCUM.

A recevoir.

MORPHINISME CHRONIQUE

A recevoir avec réserves. — Tout proposant sain, radicalement guéri d'une atteinte de morphinisme chronique.

A refuser. — Tout proposant atteint de morphinisme chronique.

OBSERVATIONS

Le morphinisme est devenu aujourd'hui très fréquent, par suite de l'abus qu'on fait des injections hypodermiques de morphine.

Il s'observe dans les deux sexes, mais surtout chez les femmes nerveuses et hystériques.

La symptomatologie du morphinisme ressemble beaucoup à celle de l'alcoolisme.

Au début, il se produit des troubles digestifs : de la perte d'appétit et surtout de la répugnance pour les viandes ; mais les pituites matinales si fréquentes chez les alcooliques font défaut.

Plus tard, il survient des phénomènes nerveux : de l'irritabilité du caractère, des palpitations, de l'anesthésie avec des points d'hypéresthésie, surtout sur le rachis, des cauchemars terrifiants, des fourmillements dans les membres, des tremblements, excepté aux lèvres, de l'hébétement, de la perte des désirs sexuels et de l'aménorrhée.

Enfin, à la dernière période, il se déclare des troubles de la nutrition, de la décoloration du visage, de l'amaigrissement, des caries dentaires et des abcès multiples spontanés.

L'hérédité similaire ne s'observe pas ; mais il n'est pas rare de constater chez les ascendants des morphinomanes, l'alcoolisme ou une névrose quelconque.

Le pronostic du morphinisme chronique est sérieux à cause des accidents nerveux et des désordres

nutritifs mortels qui peuvent en résulter; en outre, il favorise le développement des maladies aiguës. Beaucoup de morphinomanes meurent d'érysipèle, de pneumonie et de tuberculose pulmonaire.

Ajoutons qu'il n'est pas sans intérêt pour les Compagnies d'assurances sur la vie, que le médecin s'enquiert de la maladie pour laquelle le proposant a commencé à se faire des injections de morphine. Cette maladie, dont le caractère douloureux était particulièrement important, peut fort bien être par elle-même un motif de refus.

Le morphinisme chronique peut se guérir; dans ce cas, l'organisme ne reste plus exposé à ses conséquences. Mais le médecin ne peut permettre à un morphinomane guéri de s'assurer sur la vie, que s'il lui paraît absolument sain et bien décidé à ne jamais avoir recours à ce mode thérapeutique.

MYCOSIS FONGOIDE

Voir l'article : *Lymphadénie cutanée.*

MYDRIASE

OBSERVATIONS

En général, les proposants atteints de mydriase peuvent être admis à s'assurer sur la vie; toutefois

leur admission doit être entièrement subordonnée à la cause déterminante de leur mydriase.

La mydriase appartient surtout à la paralysie de la troisième paire qui préside normalement au resserrement de la pupille et anime le muscle ciliaire.

La mydriase unilatérale doit faire songer, avant tout, à l'existence de la syphilis, car cette maladie en est la cause habituelle au moins 20 fois sur 30. Mais elle peut aussi être la conséquence de l'anémie, de l'impaludisme, de la diphtérie, du rhumatisme, d'une lésion traumatique de l'œil, d'un néoplasme intracranien, etc...

Toute excitation du grand sympathique peut également déterminer de la mydriase : l'hystérie, l'hypochondrie, les vers intestinaux, etc...

Enfin, nous l'avons observée dans un cas d'albuminurie intermittente physiologique, fait qui n'a pas encore été signalé, du moins à notre connaissance.

Ajoutons que la mydriase peut être congénitale ou artificielle, par suite de l'usage de la belladone et de l'atropine.

Comme on le voit, la dilatation pupillaire n'impose aucune conclusion au médecin chargé d'examiner un proposant ; la cause de la mydriase et l'ensemble des symptômes présentés, doivent seuls lui permettre de prendre une décision.

MYÉLITES CHRONIQUES

A recevoir. — 1° Tout proposant issu de parents

morts de sclérose en plaques, âgé au moins de 40 ans et indemne de toute névrose.

2° Tout proposant issu de parents morts de tabès dorsal, âgé au moins de 40 ans et indemne de toute névrose.

A refuser. — Tout proposant atteint de myélite chronique, même si elle semble guérie.

OBSERVATIONS

Les myélites chroniques ont une évolution lente, mais qui ne rétrograde jamais ; de plus, elles exposent ceux qui en sont atteints à de redoutables complications.

Les Compagnies d'assurances sur la vie ne peuvent donc accepter aucun proposant frappé de myélite.

Les principales myélites chroniques sont : l'ataxie locomotrice ou la sclérose des cordons postérieurs, la sclérose latérale amyotrophique ou maladie de Charcot, le tabès dorsal spasmodique ou l'épilepsie spinale, l'atrophie musculaire progressive, la sclérose en plaques et les myélites chroniques diffuses.

La plupart de ces maladies sont décrites à des articles spéciaux.

Le *tabès dorsal spasmodique* a une durée de 10 à 15 ans ; la mort par phtisie pulmonaire est sa terminaison habituelle. Il est plus fréquent chez l'homme que chez la femme et s'observe principalement de 30 à 40 ans.

La *sclérose en plaques* dure de 6 à 10 ans ; la mort est sa terminaison constante. Elle se voit plus souvent chez la femme que chez l'homme et arrive vers 20 à 25 ans. L'hérédité ne semble pas avoir un rôle bien caractérisé sur son développement.

Les *myélites chroniques diffuses* durent peu ou bien restent stationnaires pendant des années. Elles sont très graves. L'hérédité, la syphilis et la goutte sont ses trois principaux facteurs étiologiques.

Quant aux myélites aiguës, elles ne présentent point d'intérêt pour les Compagnies d'assurances sur la vie, car elles sont toujours mortelles ou laissent à leur suite des infirmités incurables. D'ailleurs, quelques-unes, comme la paralysie atrophique de l'enfanee et la paralysie spinale aiguë de l'adulte, se déclarent bien avant l'âge auquel on peut s'assurer. — Voir les articles : *Ataxie locomotrice*, *Atrophie musculaire progressive* et *Maladie de Charcot*.

MYÉLOPLAXES

A refuser.

— Voir l'article : *Sarcomes*.

MYOCARDITE

A refuser.

OBSERVATIONS

La myocardite est une affection mortelle. Elle se

termine par la rupture du cœur, une syncope, des complications pulmonaires ou par asystolie.

MYOME

A refuser.

OBSERVATIONS

Les myomes s'observent surtout à l'utérus.

Leur gravité est due uniquement à la compression qu'ils exercent sur les organes voisins, et à leur tendance constante à s'accroître. L'hystérectomie qu'ils nécessitent est une opération très grave.

Ils ne sont jamais malins, ne récidivent et ne se généralisent pas.

— Voir l'article : *Tumeurs*.

MYOSIS

OBSERVATIONS

En général, les proposants atteints de myosis peuvent être admis par les Compagnies d'assurances sur la vie, à moins que la cause déterminante de ce phénomène ne soit elle-même un motif de refus.

Le myosis est dû à un spasme de l'accommodation, aussi est-il fréquent chez les hypermétropes.

Il peut être congénital, physiologique ou pathologique.

Ainsi, le resserrement pupillaire s'observe dans l'ataxie locomotrice, l'hystérie, les fièvres graves, dans toutes les maladies inflammatoires de l'œil, mais surtout dans celles de l'iris, enfin dans les empoisonnements par le tabac, l'opium, la digitale, l'ergot de seigle et surtout la fève de Calabar et son principe actif l'esérine.

C'est à la recherche de ces diverses maladies que le médecin examinateur doit apporter tous ses soins.

MYXŒDÈME

A refuser.

OBSERVATIONS

Le myxœdène est une maladie de l'âge adulte. Il s'observe aussi bien chez l'homme que chez la femme et coexiste souvent avec le crétinisme.

Extrêmement rare, cette affection est caractérisée par des déformations considérables du corps qui consistent en un œdème dur et résistant de couleur porcelainique. La face, au contraire, est couverte de plaques rosées d'un aspect tout à fait particulier, et les lèvres sont cyanosées.

Ajoutons que les myxœdémateux sont tristes et comme plongés dans la torpeur. Ils ont froid, leur température centrale ne s'élève qu'à 36° et parfois même qu'à 34°,4.

La mort est fatale, mais elle n'arrive que très progressivement.

MYXOME

A refuser.

OBSERVATIONS

Toutes les variétés de myxomes ou myxosarcomes (myxome pur, myxome élastique, myxome lipomateux, myxome télangiectasique, myxome kystique, myxome fibreux, myxome cartilagineux) sont incompatibles avec les Assurances sur la vie.

En réalité, les myxomes sont le plus généralement bénins, mais ils peuvent récidiver, se généraliser et, dans quelques cas, acquérir une certaine malignité.

Les polypes muqueux des fosses nasales et surtout ceux de l'utérus peuvent cependant être acceptés par le médecin examinateur, mais à la condition qu'ils aient été opérés. Les polypes muqueux du nez peuvent récidiver ; ceux de l'utérus ne récidivent jamais : il importe donc de formuler des réserves pour les premiers.

— Voir les articles : *Polypes* et *Tumeurs*.

N

NÆVUS

Voir les articles : *Angiomes* et *Tumeurs*.

NÉCROSE

OBSERVATIONS

Le pronostic de la nécrose est bénin ou très grave, suivant les cas.

Cependant, toute nécrose déclarée dans le passé pathologique d'un proposant, doit être considérée, en principe, comme un motif d'exclusion. Mais elle peut être acceptée si elle a été légère et traumatique, si elle n'a pas laissé de traces importantes et si l'état général du sujet est excellent.

Quant aux nécroses qui sont dues à des causes internes (ostéo-myélite des adolescents, tuberculose osseuse, carie, syphilis, fièvres graves, intoxication phosphorée, etc...), elles doivent être considérées comme des plus graves.

NÉPHRÉTIQUES (Coliques).

Voir l'article : *Lithiase urinaire.*

NÉPHRITES

A recevoir. — Tout proposant sain, issu de parents morts de néphrite.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant guéri depuis longtemps d'une néphrite aiguë *a frigore* ou due à une fièvre toxique grave.

A refuser. — 1° Tout proposant atteint d'une néphrite chronique.

2° Tout proposant graveleux, guéri d'une néphrite aiguë.

3° Tout proposant atteint de pyélite calculeuse ou de pyélo-néphrite.

OBSERVATIONS

L'hérédité similaire des néphrites est exceptionnelle. Par contre, les causes premières du mal de Bright (goutte, alcoolisme, athéromasie, tuberculose, scrofule, etc...) sont transmissibles au plus haut degré.

Les néphrites aiguës et chroniques sont incompatibles avec les Assurances sur la vie. Cependant, le médecin peut accepter tout proposant guéri depuis nombre d'années d'une néphrite aiguë, survenue à la

suite d'un refroidissement ou dans le cours d'une fièvre toxique grave.

Les mêmes observations sont applicables à la pyélo-néphrite et aux abcès péri-néphrétiques.

L'inflammation suppurative de la muqueuse des bassinets et des calices s'observe plus souvent chez l'homme que chez la femme, et chez le vieillard que chez l'adulte.

Comme la lithiase urinaire est sa cause la plus fréquente, son pronostic est assez grave pour imposer toujours le refus. Seule, la pyélite aiguë, survenue sous l'influence d'une maladie générale ou d'une inflammation de l'urèthre, peut être acceptée si elle est guérie depuis longtemps.

L'inflammation du tissu cellulo-adipeux qui entoure le rein, doit toujours entraîner le refus pour un proposant.

Toutes les péri-néphrites secondaires, et en particulier celles qui sont le résultat d'une pyélo-néphrite calculeuse, sont très graves. Les péri-néphrites primitives dues à un coup de froid ou à un traumatisme sont moins sérieuses et peuvent, dans quelques cas exceptionnels, être acceptées si la guérison est radicale.

Toutes ces affections rénales, caractérisées par des symptômes spéciaux qui permettent de les diagnostiquer, nécessitent l'examen des urines. L'albuminurie peut être considérée comme un signe presque pathognomonique de l'existence d'une néphrite.

Dans la néphrite épithéliale, les urines sont très albumineuses et le malade a de l'anasarque.

Dans la néphrite interstitielle, le malade, au contraire, a peu d'anasarque et peu d'albumine. Les urines sont très abondantes ; enfin le ventrieule gauehe, généralement hypertrophié, permet d'entendre à la pointe, un bruit de galop spéeial.

Dans la dégénéreseence amyloïde, le malade eaehectique a peu d'anasarque. Les urines d'abord pâles et abondantes deviennent ensuite rouges, rares, albumineuses ; souvent elles renferment des eorpuseules amyloïdes.

Exeeptionnellement, les néphrites peuvent ne pas s'accompagner d'albuminurie. Dans ees eas le diagnostie en est assez délieat ; toutefois, l'examen ophtalmoseopique qui permet de eonstater l'existenee d'une rétinite albuminurique earaetéristique, et eertains symptômes tels que des bourdonnements d'oreille, des démangeaisons, une sensation de doigt mort, des mietions noeturnes répétées, de la sensibilité au froid, des eéphalées et de l'oppression, peuvent permettre au médeein de reeonnaître l'existenee d'un mal de Bright.

L'analyse des urines des sujets atteints de dégénéreseenee amyloïde ne donne aueune indieation préeise. Les urines renferment un peu d'albumine et parfois des eylindres auxquels sont attaehées des eellules épithéliales extrêmement brillantes.

Si on traite le sédiment, placé sous le mieroseope, par une solution aqueuse d'iode et d'iodure de potassium ayant une eoloration de vin de Xérès foncé, les eylindres se teignent en jaune pâle, tandis que les eellules prennent une eoloration aeajou ou rouge

brun vif. Par l'addition d'une seule goutte d'acide sulfurique, ces cellules prennent une teinte violet sale, légèrement bleutée.

Dans la pyélite, les urines sont visqueuses, purulentes et chargées de cristaux de phosphate ammoniaco-magnésiens. Le pus s'écoule pendant toute la durée de la miction.

Mais ces signes ne sont pas caractéristiques, car ils s'observent également dans la cystite. Ils acquièrent cependant une réelle valeur, s'ils coexistent avec une douleur lombaire bien nette, et peuvent-être attribués sans aucun doute à la pyélite, si le microscope permet de constater dans l'urine la présence de l'épithélium stratifié du bassinet. Ces cellules ont un véritable caractère pathognomonique ; elles sont reconnaissables à leur petit volume, à leur forme ronde ou ovale avec noyau volumineux, et à leur groupement à la façon des tuiles d'un toit.

Quant aux divers procédés d'analyse pour la recherche de l'albumine dans les urines, ils ont été décrits à l'article *Albuminurie*.

— C'est entre 40 et 60 ans que s'observe le plus grand nombre de décès par néphrite et mal de Bright.

La mortalité annuelle du mal de Bright est de 13 décès environ pour une population de 100,000 habitants.

— Voir les articles : *Albuminurie* (pour la recherche de l'albumine), *Gravelle*, *Lithiase urinaire* et *Phosphaturie*.

NERVOSISME

Voir les articles : *Eclampsie*, *Epilepsie*, *Hystérie*, *Neurasthénie* et *Névropathies*, etc...

NEURASTHÉNIE

A recevoir. — Tout proposant neurasthénique, sans tare héréditaire et sans mauvais état constitutionnel.

A recevoir avec réserves. — 1° Tout proposant neurasthénique, sans tare héréditaire et sans mauvais état constitutionnel, mais atteint d'une perte absolue de sommeil.

2° Tout proposant neurasthénique, sans mauvais état constitutionnel, mais issu de parents arthritiques, rhumatisants ou goutteux.

A refuser. — 1° Tout proposant profondément neurasthénique et issu de parents atteints d'une névrose grave : épilepsie, hystérie, vésanie, etc...

2° Tout proposant profondément neurasthénique et arthritique.

OBSERVATIONS

En général, la neurasthénie ou faiblesse irritable n'est pas une affection grave, puisqu'elle tend natu-

rellement vers la guérison et que la durée de sa période importante ne dépasse jamais deux à quatre années.

Les Compagnies d'assurances sur la vie peuvent donc accepter presque tous les proposants atteints de neurasthénie pure, c'est-à-dire tous les sujets nerveux sans névrose caractérisée.

L'hébétement, le découragement, la perte de volonté et de force musculaire, l'amnésie, les cauchemars, les douleurs de tête avec sensation de constriction par un casque de plomb, constituent les phénomènes habituels de la neurasthénie.

La perte absolue de sommeil, avec ou sans cauchemars, doit être considérée comme un symptôme inquiétant, car, dans ces conditions, la santé générale ne tarde pas à s'altérer profondément. Le médecin ne doit jamais admettre les proposants neurasthéniques qui ne dorment plus ; il doit les ajourner ou les refuser.

Mais la neurasthénie peut être le résultat d'une tare héréditaire névropathique (épilepsie, hystérie, vésanie, etc...) ou arthritique (rhumatisme, goutte, etc...).

Elle peut aussi coïncider avec un mauvais état constitutionnel, notamment avec l'anémie et l'arthritisme.

Dans ces cas, les proposants doivent être refusés, surtout quand ils sont entachés d'hérédité névropathique. L'hérédité arthritique est tolérable, si elle est peu accentuée.

Quant à la neurasthénie, compliquée d'un mauvais état constitutionnel, elle est toujours très grave.

— Voir l'article : *Névropathies*.

NÉVRALGIES

(NÉVRITES)

A recevoir. — Tout proposant ayant eu ou ayant des douleurs névralgiques indépendantes d'un état grave.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant atteint de douleurs névralgiques ayant pour cause un état sérieux, mais indéterminé.

A refuser. — 1° Tout proposant ayant eu ou ayant des douleurs névralgiques causées par une affection grave.

2° Tout proposant atteint d'une névrite pouvant faire craindre une propagation vers les centres nerveux.

OBSERVATIONS

Les névralgies n'intéressent les Compagnies d'assurances sur la vie que par leurs causes. C'est donc à leur recherche que le médecin doit apporter toute son attention.

Certaines névralgies sont la conséquence d'une exostose, d'une gomme syphilitique, d'une carie,

d'une nécrose, etc..., en un mot, d'une altération osseuse ou d'une tumeur quelconque.

La névralgie épileptiforme de la face est souvent le résultat d'une tumeur intra-cranienne; mais cette variété est aussi rare que grave.

Quelques sciatiques, surtout les sciatiques doubles, sont dues à une tumeur du petit bassin et généralement de l'utérus.

Les douleurs fulgurantes et la rachialgie sont le plus souvent causées par une lésion cérébrale ou médullaire (sclérose).

La sternalgie, avec irradiations douloureuses vers le bras gauche, doit faire craindre l'existence d'une angine de poitrine.

Les névralgies intercostales peuvent tenir à une foule de maladies : pleurésie, tuberculose, péricardite, maladies du foie, des reins ou de l'utérus, périhépatite, péri-splénite, tumeurs diverses, déformations ou compression du rachis, myélites (douleurs en ceinture), etc...

La névralgie faciale intermittente, mais surtout celle du nerf sus-orbitaire, indique une intoxication paludéenne (fièvre larvée).

L'anémie et parfois la goutte peuvent aussi devenir le point de départ de douleurs névralgiques.

Enfin, les névralgies peuvent permettre de diagnostiquer un commencement d'empoisonnement professionnel par le plomb, le mercure, l'arsenic, etc...

Quant aux névralgies chroniques, caractérisées par des douleurs continues avec exacerbations et

parfois par des lésions trophiques, elles sont bien souvent le résultat d'une névrite.

Quelques sciatiques et certaines paralysies périphériques des nerfs circonflexe, cubital, radial et facial, ne sont généralement que des névrites.

La trophonévrose faciale n'est sans doute qu'une névrite.

Les névrites n'amènent guère la mort; toutefois, il faut redouter particulièrement celles qui sont compliquées de lésions de nutrition, de contractures persistantes, d'anesthésie, ou de paralysie complète. Ces névrites, dites ascendantes, ont une grande tendance à se propager vers les centres nerveux et à déterminer des myélites.

— Voir les articles : *Paralysies* et *Trophonévrose faciale*.

NÉVROMES

A recevoir.

OBSERVATIONS

Les névromes peuvent être acceptés par les Compagnies d'assurances sur la vie, car ils sont généralement de nature bénigne.

Seule, l'intensité des douleurs qu'ils déterminent parfois et les troubles qu'ils peuvent apporter dans la fonction des nerfs atteints, doivent être considérés comme graves.

NÉVROPATHIES

OBSERVATIONS

L'hérédité dans les maladies nerveuses est toute puissante et se manifeste sous les formes les plus variées (hérédité similaire ou dissemblable, directe ou indirecte).

Toutes les maladies nerveuses ont un lien commun qui les relie les unes aux autres ; ainsi, une névropathie avec lésion peut engendrer une névrose, et réciproquement.

Le médecin d'une Compagnie d'assurances sur la vie doit donc examiner avec soin le passé et le présent pathologique du système nerveux des proposants qu'il est chargé d'inspecter. Cet examen doit être d'autant plus méticuleux qu'il présente plus de difficultés.

Le plus souvent les maladies nerveuses, à leur début, donnent lieu à un si petit nombre de signes objectifs, que le médecin est obligé de s'en rapporter aux explications fournies par le sujet, aussi bien pour les antécédents héréditaires que pour les antécédents personnels.

Parfois, certains symptômes caractéristiques, comme l'abolition du réflexe patellaire dans l'ataxie, peuvent éclairer le diagnostic ; mais, en général, les phénomènes nerveux sont si peu apparents que le diagnostic de la maladie ne peut être fait que sur leur ensemble et surtout sur les commémoratifs.

— Voir les articles : *Ataxie locomotrice*, *Atrophie musculaire progressive*, *Maladie de Charcot*, *Chorée*, *Convulsions*, *Crampe des écrivains*, *Eclampsie*, *Epilepsie*, *Folie*, *Maladie de Friedreich*, *Hémorrhagies cérébro-spinales*, *Maladie de Huntington*, *Hystérie*, *Maladie de Ménière*, *Mémoire*, *Méningite*, *Migraine*, *Myélites chroniques*, *Neurasthénie*, *Névralgies*, *Paralysies*, *Maladie de Parkinson*, *Paraplégie*, *Parole*, *Ramollissement cérébral*, *Réflexes*, *Tétanie*, *Tétanos*, *Tremblements*, *Trépidation* et *Vertiges*.

NÉVRO-RÉTINITE

A refuser.

OBSERVATIONS

La névro-rétinite a une grande importance au point de vue des Assurances sur la vie, car cette affection permet presque toujours de prévoir une lésion cérébrale ou médullaire grave.

La nevro-rétinite reconnaît, en effet, deux ordres de causes : des causes cérébrales et des causes médullaires.

Parmi les causes cérébrales, il faut noter surtout les tumeurs de la base c'est-à-dire celles qui compriment directement le chiasma (exostoses, sarcomes, syphilomes, tubercules), la méningite tuberculeuse ou méningite de la base, puis tous les traumatismes

craniens, les tumeurs de l'orbite, le ramollissement cérébral, tous les épanchements cérébraux et la paralysie générale.

Parmi les causes médullaires, il faut citer l'ataxie locomotrice, la myélite chronique des cordons latéraux, les traumatismes du rachis, le mal de Pott. Ces causes sont les plus fréquentes; elles figurent pour une proportion de 30 p. 100 au moins.

Certains empoisonnements, l'alcoolisme, le tabagisme et le saturnisme peuvent amener de la névro-rétinite.

Enfin, l'hérédité a également une influence prépondérante sur le développement de cette maladie.

Le sexe masculin et l'âge adulte y sont tout particulièrement exposés.

Le diagnostic de la cause de la nevro-rétinite est souvent difficile; aussi importe-t-il de pouvoir la reconnaître au moyen de l'ophtalmoscope.

A l'état normal, on le sait, la papille a l'apparence d'un ovale à contours très nets, légèrement cupuliforme au centre et de couleur rosée par suite des vaisseaux propres contenus dans l'épaisseur du nerf optique. Deux veines et une artère plus mince la coupent en X.

Lorsqu'il existe une nevro-rétinite, la papille paraît tuméfiée et ses contours sont effacés par un exsudat gris rougeâtre. Les vaisseaux du centre, surtout les veines, sont impossibles à suivre dans leur trajet à cause de leur pénétration dans l'épaisseur de la papille; ils semblent comme coupés par place. Au terme final de la lésion, la papille qui avait déjà

perdu sa transparence, cesse de laisser voir ses vaisseaux propres devenus filiformes; elle perd sa teinte rosée normale pour prendre un aspect blanc, crayeux, nacré : c'est l'atrophie papillaire qui commence.

La névro-rétinite implique évidemment le refus le plus absolu.

Toutefois, le médecin peut laisser toute liberté d'agir à la Compagnie d'assurances sur la vie qu'il représente, lorsque le proposant est atteint de névro-rétinite par suite d'alcoolisme, de tabagisme ou de saturnisme. Mais il est évident que ces empoisonnements ne doivent présenter aucune gravité par eux-mêmes, que le malade doit faire le serment le plus formel de renoncer pour jamais à s'intoxiquer et que le médecin doit décliner toute responsabilité d'avenir.

NÉVROSES

Voir les articles : *Chorée*, *Convulsions*, *Eclampsie*, *Epilepsie*, *Folie*, *Hystérie*, *Neurasthénie*, *Névropathies* et *Vertiges*.

NODOSITÉS DES DOIGTS

OBSERVATIONS

Les nodosités des articulations phalango-phalanginiennes des doigts, caractérisées par un élargisse-

ment de la base de la deuxième phalange, sont un excellent signe diagnostique de la dilatation de l'estomac.

Les quatre doigts des deux mains peuvent être atteints; de même, les deuxièmes articulations des orteils.

Il est important de procéder à leur recherche chaque fois qu'un proposant se plaint de dyspepsie. Mais il faut savoir les différencier d'avec les nodosités d'Héberden, qui siègent toujours à la troisième articulation et y forment deux nodules latéraux.

— Voir les articles : *Dilatation de l'Estomac* et *Nodosités d'Héberden*.

NODOSITÉS D'HÉBERDEN

OBSERVATIONS

Les nodosités d'Héberden consistent dans la présence d'un nodule de chaque côté de la jointure de la troisième articulation des doigts.

Cette forme du rhumatisme chronique est la moins grave, à cause de sa localisation.

Si ces nodosités ne sont pas accompagnées de troubles viscéraux, les proposants peuvent être admis à s'assurer sur la vie.

D'ailleurs, les nodosités d'Héberden ne peuvent servir au médecin examinateur que pour constater l'existence de l'état rhumatismal. Les proposants

sont alors soumis aux lois qui régissent cette diathèse.

— Voir les articles : *Arthritisme*, *Nodosités des doigts* et *Rhumatismes*.

NYSTAGMUS

A recevoir avec réserves. — 1° Tout proposant sain, atteint de nystagmus idiopathique.

2° Tout proposant sain, atteint de nystagmus consécutif à une lésion bénigne des yeux : albinisme, troubles de la réfraction, etc...

A refuser. — Tout proposant atteint de nystagmus symptomatique d'une lésion de l'encéphale. de la moelle allongée, d'une sclérose en plaques disséminées, etc...

OBSERVATIONS

Le nystagmus ou la chorée rythmique de l'œil est une affection peu commune ; on en rencontre à peine 1 cas sur 600 individus. Le médecin est donc exceptionnellement appelé à l'observer.

Néanmoins, l'importance du nystagmus est assez grande, car il est rare qu'il soit idiopathique ; le plus souvent il résulte d'une maladie des yeux (troubles de la réfraction, strabisme, albinisme, cataracte congénitale, rétinite pigmentaire, atrophie des nerfs optiques, etc...), d'un processus encéphalique (ra-

mollissement, hémorrhagie, traumatismes, etc...) et, dans la moitié des cas, d'une sclérose en plaques disséminées.

Le nystagmus idiopathique ne s'observe que chez les sujets nerveux, issus de parents également nerveux. En général, il va toujours en s'améliorant.

— Comme on le voit, le médecin de Compagnies d'assurances sur la vie ne peut recevoir ou refuser les proposants atteints de nystagmus, qu'après en avoir diagnostiqué la cause. S'il croit devoir conclure à un cas de nystagmus idiopathique, il peut proposer l'acceptation de l'Assurance, mais il doit formuler des réserves en raison de la possibilité d'une erreur de diagnostic.

O

OBÉSITÉ

A recevoir. — Tout proposant sain et soucieux de sa santé, atteint d'obésité dégagée de toutes complications diathésiques.

A recevoir avec réserves. — 1° Tout proposant anémique, pâle et à peau flasque, atteint d'obésité dégagée de toutes complications diathésiques.

2° Tout proposant atteint d'obésité compliquée d'azoturie légère.

A refuser. — 1° Tout proposant issu de parents obèses, atteint d'obésité depuis la jeunesse ou l'adolescence.

2° Tout proposant atteint d'obésité compliquée d'une affection arthritique grave : diabète, gravelle, lithiase biliaire, goutte, albuminurie, etc...

3° Tout proposant atteint d'obésité compliquée d'anémie intense, consécutive à des hémorrhagies nasales ou intestinales (hémorrhoïdes), ou à un flux diarrhéique répété et abondant.

4° Tout proposant atteint d'obésité compliquée d'azoturie intense.

5° Tout proposant obèse, atteint de troubles viscéraux dus à la surcharge graisseuse, surtout à la transformation scléro-graisseuse du cœur.

OBSERVATIONS

L'obésité a une grande importance au point de vue des Assurances sur la vie, d'abord comme hérédité, ensuite comme signe révélateur d'un état diathésique pouvant engendrer d'autres maladies et leur apporter un élément d'aggravation souvent mortel.

Due à une insuffisance des oxydations, l'obésité est héréditaire au même titre que toutes les maladies par ralentissement de la nutrition, et peut se combiner à elles sous les formes les plus variées.

L'hérédité est aussi fréquemment similaire que dissemblable ; en d'autres termes, dans la moitié des cas on observe l'obésité chez les parents des obèses, et dans l'autre moitié on rencontre, soit le rhumatisme, la goutte, l'asthme (28 p. 100), soit la gravelle, le diabète, les affections cardiaques, la migraine (12 p. 100), soit, mais à un degré moins élevé, la tuberculose, la pierre, la lithiase biliaire (5 p. 100), la névralgie, l'eczéma, l'albuminurie, la dyspepsie, l'hystérie et la scrofule (2 p. 100).

Quant aux maladies qui peuvent s'associer à l'obésité, elles sont très nombreuses et variables comme gravité. C'est d'abord la migraine, le rhumatisme musculaire (lumbago) et le rhumatisme articulaire aigu (39 p. 100), puis les névralgies (faciale, scia-

tique), le diabète sucré, le rhumatisme articulaire chronique, la dyspepsie, l'eczéma, la gravelle urique et la lithiase biliaire (14 p. 100), enfin les affections cardiaques, les hémorrhoïdes, l'hystérie, l'albuminurie, la goutte, l'urticaire, la scrofule, l'asthme, la bronchite chronique, les maladies de la peau et les hémorrhagies fluxionnaires (3 p. 100).

Il importe de bien connaître toutes ces combinaisons pathologiques, car c'est d'après elles que le médecin examinateur doit juger s'il peut accepter ou refuser l'Assurance proposée.

L'obésité peut être un danger rien que par la gêne qu'elle peut apporter dans le fonctionnement régulier des organes. Il est donc nécessaire d'examiner avec soin tous les systèmes les uns après les autres, et avant tout le système circulatoire, car l'athéromasie et la transformation scléro-graisseuse du cœur s'observent souvent chez les obèses. Les dégénérescences graisseuses du foie ou des reins sont égalemeut très fréquentes.

Enfin, beaucoup d'obèses sont anémiques, c'est-à-dire décolorés, sujets à des faiblesses, à des palpitations et à de l'essoufflement. Cette anémie mérite une note spéciale, car elle n'est pas produite par une diminution des globules sanguins qui dépassent généralement 5,500,000 par millimètre cube ; elle résulte d'une diminution de la partie aqueuse du sang éliminée par les émonctoires, sous l'influence de la compression exercée par la graisse exubérante sur les organes.

Pour bien juger du degré d'obésité d'un individu.

il faut toujours comparer son poids à sa taille. Etant donné que chez un adulte sain, le poids normal du tissu adipeux est environ de deux ou trois kilogrammes, on peut facilement, en retranchant ce chiffre du poids moyen du corps, connaître à peu près la quantité de graisse dont il est atteint.

Quételet et Hutchinson ont publié des tableaux très complets et presque identiques sur cette question ; en prenant les moyennes de l'un et de l'autre, on obtient les chiffres suivants :

Pour une taille de	$1^{m},50$ à $1^{m},55$	le poids moy. doit être de	$52^{k},80$
—	$1^{m},55$ à $1^{m},60$	—	$56^{k},85$
—	$1^{m},60$ à $1^{m},65$	—	$62^{k},48$
—	$1^{m},65$ à $1^{m},70$	—	$65^{k},58$
—	$1^{m},70$ à $1^{m},75$	—	$70^{k},19$
—	$1^{m},75$ à $1^{m},80$	—	$76^{k},24$
—	$1^{m},80$ à $1^{m},85$	—	$85^{k},42$
—	$1^{m},85$ à $1^{m},90$	—	$90^{k},06$

Ajoutons enfin, que l'analyse des urines est nécessaire, non seulement pour rechercher le sucre et l'albumine, mais aussi pour connaître la quantité d'urée éliminée en 24 heures.

L'anazoturie est la règle chez presque tous les obèses ; quelques-uns seulement sont atteints d'azoturie.

Il est évident que les obèses anazoturiques doivent être considérés comme moins mauvais pour les Compagnies d'assurances sur la vie, que les obèses azoturiques.

Quant à l'influence du sexe sur l'obésité, elle est

très caractéristique : la femme devient deux fois plus souvent obèse que l'homme, et sur trois femmes obèses, il y en a une qui doit son obésité à la grossesse. La vie génitale fait engraisser la femme et maigrir l'homme.

L'obésité doit donc moins étonner chez la femme que chez l'homme ; aussi convient-il d'être moins sévère pour l'acceptation des proposants du sexe féminin que pour ceux du sexe masculin. Mais l'obésité doit être regardée comme sérieuse chaque fois qu'elle survient, chez l'un ou l'autre sexe, avant l'âge habituel.

Le Dr Huntington a établi la statistique de la mortalité chez les assurés de la *United States Company*, par rapport au poids de leur corps. Il est arrivé aux résultats anormaux suivants après avoir examiné tous les dossiers d'une période de vingt années : sur 1.496 assurés, 1,110 pesaient plus que le poids normal, 386 pesaient moins ; la mortalité a été de 9, 28 p. 100 environ pour les obèses, et de 11,05 p. 100 pour les maigres.

OCCLUSION INTESTINALE

A refuser.

OBSERVATIONS

L'occlusion intestinale ne doit jamais être acceptée par les Compagnies d'assurances sur la vie.

Tout proposant guéri d'une occlusion intestinale est exposé à une récidive.

Le médecin doit refuser toutes les variétés d'occlusion sans distinction (occlusion par rétrécissement, par étranglement, par volvulus, par invagination, par obstruction).

ŒDÈMES

Voir l'article : *Hydropisies.*

ŒSOPHAGISME

A recevoir. — Tout proposant ayant eu une seule atteinte subite d'œsophagisme, à l'occasion d'une violente émotion ou d'un empoisonnement aigu radicalement guéri.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant atteint de spasme œsophagien idiopathique.

A refuser. — Tout proposant atteint de spasme œsophagien symptomatique d'une affection grave, par exemple d'un rétrécissement.

OBSERVATIONS

Le spasme de l'œsophage est rarement idiopathique ; néanmoins il peut survenir spontanément,

sous l'influence d'une émotion, du mal de mer, d'une ingestion de liquide glacé, etc..., surtout chez les femmes nerveuses, exceptionnellement chez l'homme.

Le plus souvent l'œsophagisme est symptomatique d'une affection du cerveau ou des parties élevées de la moelle, d'une affection de l'estomac (cancer), d'un rétrécissement de l'œsophage, de l'alcoolisme, de l'hydrophobie et fréquemment de l'hystérie ou d'une autre névrose ; les empoisonnements par la belladone et le stramonium déterminent aussi du spasme œsophagien.

Il importe donc d'établir le diagnostic précis de la cause de l'œsophagisme dont est atteint le proposant.

Le cathétérisme de l'œsophage permet seul de trancher la question d'une lésion possible (rétrécissement ou tumeur) de ce conduit.

Une étude attentive des phénomènes présentés peut permettre de faire le diagnostic des autres cas.

D'ailleurs, comme il est très facile de commettre une erreur au sujet de la nature de l'œsophagisme, le médecin examinateur doit n'accepter qu'avec réserves tous les proposants qui ont eu plusieurs atteintes de spasme.

L'acceptation d'emblée ne peut être conseillée que pour les femmes nerveuses qui ont eu une seule fois un spasme de l'œsophage, sous l'influence d'une très vive émotion.

Quant aux sujets qui ont été ou sont atteints de rétrécissement œsophagien cicatriciel, ils ne peuvent jamais être assurés sur la vie. La guérison de leur

mal n'est même pas suffisante, car elle n'est réelle qu'à la condition que le cathétérisme de l'œsophage soit renouvelé de temps en temps..

Les rétrécissements cancéreux n'ont aucun intérêt au point de vue des Assurances sur la vie, car les malades qui en sont atteints ne peuvent pas se présenter.

— C'est de 50 à 70 ans que s'observe le plus grand nombre de décès par maladies de l'œsophage.

Sur 100 malades adultes, des deux sexes, atteints d'une maladie de l'œsophage, il en succombe environ 11 par an ; sur 100 hommes, on compte 16 décès annuels ; sur 100 femmes, 5 décès.

OLIGURIE

A recevoir avec réserves. — Toute femme non réglée, ayant eu, il y a longtemps, une attaque passagère d'oligurie survenue sous l'influence d'une époque cataméniale.

A refuser. — Toute femme ayant eu des atteintes d'oligurie permanente.

OBSERVATIONS

La rétention d'urine dans la vessie est un fait vulgaire chez les hystériques et qui ne doit guère faire naître de crainte chez le médecin de Compagnies

d'assurances sur la vie ; ces femmes sont obligées de se sonder, elles urinent et tout est dit.

Il n'en est pas de même de l'oligurie, c'est-à-dire de la suppression totale de l'excrétion urinaire.

L'oligurie passagère de vingt-quatre à trente-six heures s'observe parfois chez les hystériques au moment des règles ; elle ne s'accompagne que d'un léger malaise et d'une petite accélération du pouls. Cette variété d'oligurie est la plus commune ; elle est compatible avec l'Assurance sur la vie.

Quant à l'oligurie permanente, à l'ischurie qui dure des semaines et des mois, qui s'accompagne de vomissements contenant de l'urine et beaucoup d'urée, par suite d'une élimination supplémentaire par l'intestin, elle est fort rare et ne peut être acceptée par les Compagnies.

Toutes les femmes atteintes d'oligurie permanente peuvent vivre longtemps, mais sont forcément sous le coup d'un cas grave de névrose.

On attribue l'oligurie à une influence nerveuse ; beaucoup de médecins en contestent encore l'existence à cause de sa rareté.

OPÉRATIONS

OBSERVATIONS

Lorsqu'un proposant déclare qu'il a subi une opération chirurgicale, le médecin doit s'inquiéter non seulement de la nature de l'affection primitive, mais

aussi de la gravité de l'opération et de l'importance de ses conséquences ultérieures.

Cette enquête doit être aussi minutieuse que possible. S'il reste quelques points obscurs, le médecin doit conseiller à la Compagnie d'assurances de demander l'avis du chirurgien qui a pratiqué l'opération, et si ce chirurgien refuse de parler, conclure au rejet ou à l'acceptation du proposant, suivant son opinion personnelle, mais en déclinant toute responsabilité.

Certaines opérations, même parmi les plus graves, n'ont aucun intérêt, car elles n'altèrent en rien la santé et ne présentent aucun danger pour l'avenir; les amputations de bras et de jambes, consécutives à un traumatisme, sont du nombre.

D'autres, au contraire, doivent faire craindre des complications, peuvent amener des troubles organiques sérieux ou ne pas mettre le malade à l'abri d'une récidive de son affection; les kystes de l'ovaire, les épithéliomes et les cancers figurent parmi ces cas. Le kyste ovarien opéré n'est favorable que s'il a été facile à extirper et si la santé générale est florissante depuis son ablation. L'épithéliome, le cancer, sont des maladies qui récidivent fatalement et finissent toujours par emporter le patient.

OPPRESSION

Voir l'article *Dyspnée.*

ORCHITES

A recevoir. — 1° Tout proposant ayant eu une orchite ou une épididymite blennorrhagique ou traumatique.

2° Tout proposant ayant eu une orchite syphilitique légère.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant atteint de fongus bénin du testicule, surtout s'il est d'origine syphilitique.

A refuser. — 1° Tout proposant atteint ou guéri après opération, d'une orchite tuberculeuse.

2° Tout proposant atteint ou opéré d'un cancer du testicule (carcinome, sarcome, lymphadénome, myxome).

3° Tout proposant atteint ou opéré d'un enchondrome du testicule.

OBSERVATIONS

Toutes les orchites diathésiques sont incompatibles avec les Assurances sur la vie ; seule l'orchite syphilitique est admissible par le médecin examinateur, si la diathèse est légère.

Quant au fongus bénin, il ne peut être accepté qu'avec réserves, car il présente la plus grande résistance aux divers traitements. Le pronostic est plus favorable si le fongus est d'origine syphilitique.

OSTÉITES

A recevoir. — Tout proposant sain, ayant été atteint d'ostéite traumatique guérie par résolution.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant ayant été atteint d'ostéite syphilitique guérie par résolution.

A refuser. — Tout proposant ayant été atteint d'ostéite grave, scrofuleuse, tuberculeuse ou autre.

OBSERVATIONS

En général, l'ostéite, guérie ou non, doit être considérée comme une cause de refus par le médecin de compagnies d'assurance sur la vie. Cette affection, en effet, peut se terminer par carie ou nécrose et récidiver après la guérison. D'autre part, en dehors des traumatismes, l'ostéite indique toujours un état grave de la santé : la scrofule chez les adolescents et la syphilis chez les adultes.

Mais les périostoses syphilitiques sont de toutes les moins graves, à moins qu'elles ne siègent sur des régions dangereuses, comme à la face interne du crâne.

OSTÉOMALACIE

A refuser.

OBSERVATIONS

Rare en France, l'ostéomalacie s'observe plus souvent en Bavière, en Westphalie et dans la campagne de Milan.

C'est, d'ailleurs, une maladie exceptionnelle.

Elle atteint presque exclusivement les femmes et se déclare entre 25 et 50 ans.

Ses causes sont le froid humide et l'insuffisance d'aliments. Elle apparaît presque toujours à la suite d'une grossesse.

Sa durée varie de deux à dix années. La mort est fatale.

OSTÉOMES

A recevoir.

OBSERVATIONS

Les ostéomes sont généralement compatibles avec les assurances sur la vie.

Toutefois, le médecin ne doit pas accepter les proposants atteints d'ostéome susceptible d'apporter de la gêne dans le fonctionnement des organes voisins.

Voir l'article : *Tumeurs*.

OSTÉOPHYTES

OBSERVATIONS

Les ostéophytes s'observent principalement aux genoux et aux doigts, où ils forment des bourrelets osseux, caractéristiques.

Ils permettent de différencier l'état rhumatismal de l'état goutteux ; les ostéophytes appartiennent au rhumatisme et les tophus à la goutte.

La coexistence de ces deux lésions indique le rhumatisme goutteux.

OTORRHÉES

A recevoir. — Tout proposant guéri depuis longtemps, sans traces consécutives, d'une otorrhée du conduit auditif externe, due à un refroidissement ou à un traumatisme.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant sain, atteint d'une otorrhée purulente, simple, du conduit auditif externe.

A refuser. — 1° Tout proposant atteint d'une otorrhée purulente du conduit auditif externe, greffée sur un mauvais état général ou compliquée de périostite des os du conduit.

2° Tout proposant atteint d'une otorrhée purulente de l'oreille moyenne.

OBSERVATIONS

Il faut redouter les accidents les plus graves chez les sujets qui sont atteints d'écoulement purulent de l'oreille, surtout si cet écoulement est compliqué d'une altération des os du voisinage (otite périostite, carie du rocher, inflammation des cellules mastoïdiennes, etc...).

La suppuration de la caisse ou l'otite moyenne purulente aiguë ou chronique est une affection très sérieuse, mortelle même, si la membrane du tympan résiste et par ce fait amène la rétention du pus.

L'otite purulente externe se guérit souvent, mais elle peut amener, principalement dans la forme chronique, la perforation du tympan, se propager à l'oreille moyenne, devenir le point de départ de productions polypiformes du conduit ou du tympan, s'étendre au périoste, etc...

Dans de semblables conditions, il peut donc survenir, chez les sujets les plus sains en apparence, des complications mortelles cérébrales (méningite, encéphalite) ou vasculaires (thrombose et phlébite des sinus latéral et pétreux supérieur ou de la veine jugulaire interne), puis des ulcérations de l'artère carotide interne, de l'artère méningée moyenne, des sinus latéral et pétreux et du golfe de la veine jugulaire interne. Enfin, dans quelques cas, l'otorrhée détermine une paralysie faciale.

Lorsque le médecin a une raison pour redouter

l'une ou l'autre de ces complications, il doit formellement s'opposer à l'assurance du proposant.

Le refus est d'autant plus nécessaire que l'otite purulente indique toujours un état général mauvais, scrofuleux ou tuberculeux. En outre, le préjugé qui règne au sujet de l'otorrhée, voulant qu'elle soit un émonctoire nécessaire à respecter, en fait un danger réel contre lequel certains malades ne veulent pas se préserver.

OVAIRE (Kyste de l')

A refuser.

OBSERVATIONS

C'est surtout entre 30 et 50 ans que s'observent les kystes ovariques.

Toute femme atteinte d'un kyste ou d'une tumeur ovarique doit évidemment être refusée ou ajournée après opération par les compagnies d'assurances sur la vie.

Toute femme opérée ne peut être acceptée qu'à titre exceptionnel. Il faut que le médecin puisse avoir des renseignements précis sur la nature du kyste ou de la tumeur, sur les complications opératoires qui ont pu se produire, sur les accidents consécutifs à l'opération, enfin sur la santé de la personne depuis sa guérison.

L'assurance sur la vie d'une femme dans de semblables conditions, nécessite une enquête médicale tout à fait spéciale.

OXALURIE

OBSERVATIONS

L'acide oxalique peut s'observer dans toutes les maladies par ralentissement de la nutrition. Il ne suffit donc point pour établir un diagnostic

La présence de l'oxalate de chaux dans les urines d'un proposant doit faire penser à la débilité congénitale ou acquise du système nerveux, à l'hypochondrie génitale, à la scrofule, à la phtisie apyrétique, à la goutte et à l'obésité.

La maigreur est généralement la règle dans l'oxalurie, car l'acide oxalique, en raison de son affinité pour la chaux, prive les tissus de ce corps si nécessaire à leur formation et à leur entretien.

Les cristaux d'oxalate de chaux sont faciles à reconnaître au microscope ; ils ont la forme de petits octaèdres carrés (enveloppe à lettre), brillants, sans couleur et à contours très nets.

— Voir l'article : *Gravelle*.

OXYURES

Voir l'article : *Entozoaires*.

P

PACHYDERMIE

Voir l'article : *Myxœdème.*

PACHYMÉNINGITE

A refuser.

OBSERVATIONS

En général, la pachyméningite se termine rapidement par la mort; dans quelques cas exceptionnels, cependant, il peut se produire une guérison plus ou moins parfaite.

Le refus de tous les proposants guéris de pachyméningite s'impose de la façon la plus formelle.

Ce qui importe surtout, c'est de savoir reconnaître la pachyméningite, alors qu'elle n'est encore arrivée qu'à la période insidieuse de son début.

Si le médecin a le moindre soupçon sur le proposant qu'il est chargé d'examiner, il ne doit donc pas

négliger de lui demander s'il a des maux de tête persistants et des vertiges. En outre, il doit rechercher s'il n'est pas atteint d'alcoolisme et de troubles intellectuels.

PALES COULEURS

Voir l'article : *Anémie.*

PALPITATIONS

A recevoir. — Tout proposant atteint de palpitations nerveuses, indépendantes d'une maladie grave et n'ayant pas amené d'hypertrophie cardiaque.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant atteint de palpitations nerveuses dues à la goutte ou à une maladie par ralentissement de la nutrition sans gravité présente.

A refuser. — 1° Tout proposant atteint de palpitations organiques.

2° Tout proposant atteint de palpitations caractéristiques d'un goître exophtalmique.

3° Tout proposant atteint de palpitations quelconques, accompagnées de syncopes.

OBSERVATIONS

Lorsqu'un proposant déclare qu'il est atteint de

palpitations, il faut savoir si elles sont organiques, c'est-à-dire dues à une lésion du poumon, du cœur ou des gros vaisseaux, ou inorganiques, c'est-à-dire nerveuses.

Les palpitations organiques sont une cause de refus absolue; les autres, au contraire, permettent l'acceptation dans tous les cas.

Il importe donc d'examiner le cœur afin de savoir s'il est atteint d'hypertrophie ou d'endocardite chronique, et de rechercher le plus léger symptôme d'angine de poitrine.

Toute trace de rhumatisme, d'œdème malléolaire ou de phénomènes syncopaux compliqués de palpitations, doit également faire considérer ces dernières comme organiques.

Le cœur est toujours intact dans les palpitations inorganiques, à moins qu'il ne soit un peu hypertrophié. Ces palpitations sont fréquentes chez les sujets nerveux ; les femmes y sont donc plus exposées que les hommes. Elles s'observent chez les hystériques, les chlorotiques, les gens qui font des excès de tabac, de café, de thé, de travail ou de coït, les dyspeptiques et en particulier les dilatés de l'estomac, les spermatorrhéiques, les mastubateurs et les femmes atteintes de métrites.

Le goitre exophtalmique, la goutte peuvent également donner lieu à des palpitations nerveuses.

Comme on le comprend, les palpitations nerveuses ne peuvent impliquer le refus des proposants par elles-mêmes ; leurs causes seules doivent guider l'appréciation du médecin. Ainsi le goître exophtalmique,

la goutte, nécessitent généralement le refus ; de même les palpitations nerveuses simples, invétérées ou rebelles à tout traitement hygiénique bien ordonné ; l'hystérie légère ou moyenne, les excès, etc... sont, au contraire, admisssibles par les compagnies.

— Voir l'article : *Intermittences cardiaques*.

PAPILLOMES

A recevoir. — Tout proposant atteint de verrues ou de végétations génitales.

A refuser. — Tout proposant atteint de papillomes du larynx.

OBSERVATIONS

Les papillomes sont généralement très bénins ; ils ne récidivent et ne se généralisent pas, à l'exception des verrues et des végétations. Mais ces deux variétés sont précisément les plus bénignes.

Certains papillomes peuvent produire des troubles graves, notamment ceux du larynx, qui déterminent parfois la mort subite.

Les papillomes, enfin, peuvent se transformer en épithéliomes ; mais cette transformation est exceptionnelle.

En résumé, il convient de n'accepter sans res-

triction que les proposants atteints de verrues ou de végétations génitales; ceux qui présentent d'autres variétés papillomateuses doivent être refusés ou tout au moins admis avec réserves.

Voir l'article : *Tumeurs*.

PARALYSIES

A recevoir. — Tout proposant guéri de paralysie périphérique *a frigore* ou rhumatismale.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant atteint de trophonévrose faciale.

A refuser. — 1° Tout proposant atteint d'hémiplégie.

2° Tout proposant atteint de paralysie labio-glosso-laryngée.

3° Tout proposant atteint de paralysie toxique.

4° Tout proposant atteint de paralysie due à la pellagre.

5° Tout proposant atteint de paralysie faciale consécutive à une altération du rocher ou à une tumeur de la base du crâne.

OBSERVATIONS

Envisagées au point de vue des assurances sur la vie, les paralysies doivent être divisées en trois grandes classes : les paralysies organiques, dyscrasiques et fonctionnelles.

Les paralysies organiques comprennent : la paralysie par hémorrhagie cérébro-spinale ou par ramollissement cérébral, la paralysie labio-glosso-laryngée ; la trophonévrose faciale et la paralysie faciale dans certains cas.

Les paralysies dyscrasiques comprennent : les paralysies qui résultent d'un empoisonnement chronique par l'arsenic, le mercure, le plomb, le tabac, etc...

Les paralysies fonctionnelles comprennent : les paralysies hystériques, les paralysies *a frigore* ou rhumatismales du deltoïde, du nerf facial ou du nerf radial, et les paralysies cachectiques, notamment la paralysie de la pellagre.

Toutes les paralysies de la première classe, sauf la trophonévrose, doivent faire refuser les proposants.

La *trophonévrose faciale*, décrite par Romberg, et attribuée à une lésion du nerf trijumeau (5e paire), est une maladie tout à fait exceptionnelle. Elle consiste en une atrophie de la moitié de la face, de la langue et du voile du palais ; un côté de la figure semble normal, tandis que l'autre paraît ridé, comme chez le vieillard.

Malgré son peu de gravité probable, il est prudent de n'accepter les proposants atteints de trophonévrose qu'avec réserves et d'exposer à la compagnie l'état encore incertain de la science sur cette affection.

C'est surtout à son début qu'il importe de reconnaître la *paralysie labio-glosso-laryngée*, car cette maladie, due à l'atrophie des noyaux des nerfs

bulbaires, a une marche mortelle qui évolue entre six mois et trois ans.

Il faut rechercher si le proposant a de la gêne de la prononciation et de la déglutition, s'il éprouve notamment une véritable difficulté à avaler sa salive, à siffler et à prononcer les voyelles *o* et *i*.

Les malades atteints de paralysie labio-glosso-laryngée s'essuient constamment la bouche pour ne pas baver et ont un aspect pleureur qui ne trompe guère un œil exercé.

Le pronostic des paralysies de la deuxième classe est subordonné à leurs causes ; il varie suivant l'intensité de l'empoisonnement (arsenic, plomb, mercure, tabac). Toutefois le refus s'impose dans la plupart des cas, car ces paralysies sont toujours l'indice d'une intoxication profonde.

Quant aux paralysies de la troisième classe, elles sont généralement compatibles avec les assurances sur la vie ; ce sont les paralysies hystériques et les paralysies *a frigore* du deltoïde, des nerfs facial et radial. Mais les paralysies cachectiques, notamment la paralysie de la pellagre, ne peuvent être admises par les compagnies.

La *paralysie faciale* est presque toujours causée par le froid ou le rhumatisme. L'asymétrie du visage qu'elle détermine est bien connue de tous les médecins : la commissure labiale du côté sain est tirée en haut et en arrière, tandis que celle du côté malade est abaissée ; l'œil est déformé dans son grand angle du côté de l'hémiplégie, etc...

Mais, ce qu'il faut surtout connaître, ce sont les

signes différentiels de la paralysie faciale symptomatique d'une lésion encéphalique ou cranienne (hémorrhagie cérébrale, sclérose syphilitique bulbaire, tumeurs, exsudats méningés, ostéite, carie et fracture du rocher ou du temporal, hémorrhagie dans l'aqueduc de Fallope, etc...).

La paralysie faciale par lésion encéphalique, est le plus souvent limitée au facial inférieur et accompagnée d'une hémiplégie des membres du même côté ; la contractilité électrique persiste longtemps.

La paralysie faciale par lésion protubérantielle s'accompagne d'hémiplégie des membres du côté opposé et de paralysie des nerfs qui ont leurs noyaux au voisinage de celui du facial, sous le plancher du quatrième ventricule (nerfs oculo-moteurs, nerf trijumeau); la contractilité électrique disparaît rapidement.

La paralysie faciale, par compression dans l'aqueduc de Fallope, coïncide généralement avec une lésion du rocher (carie, fracture). et des troubles variés de l'ouïe (surdité, otite).

La paralysie de l'épaule peut être limitée au *deltoïde* ou généralisée à toute la région. Le rhumatisme est sa cause habituelle, puis les contusions et les commotions. Il se produit parfois une déchirure des nerfs circonflexes qui sont enroulés autour de l'humérus, et consécutivement de l'atrophie musculaire. Dans ce dernier cas, l'assurance est encore admissible si le diagnostic est exact.

La *paralysie du nerf radial* dépend généralement d'un refroidissement ou d'une compression.

Caractérisée par l'impossibilité de relever le poignet et d'étendre les doigts par suite de la paralysie des extenseurs des doigts et de la main, il importe de la différencier de la paralysie saturnine qui intéresse aussi les muscles extenseurs.

Dans la paralysie saturnine, les deux bras sont toujours atteints, à l'exception du long supinateur. Dans la paralysie faciale, les deux bras ne sont jamais pris ensemble, et le long supinateur est constamment paralysé.

Pour différencier ces deux paralysies, il suffit donc de chercher le relief formé par le long supinateur, l'avant-bras étant fortement fléchi ; si ce relief est sensible, il s'agit, sans aucun doute, d'une paralysie saturnine.

Lorsqu'une paralysie dure depuis longtemps, elle amène une atrophie locale.

Cette atrophie n'a pas d'importance, si elle est le résultat d'une paralysie fonctionnelle ; elle est, au contraire, très grave, si elle est la conséquence d'une paralysie organique quelconque.

Le premier cas est admissible par les compagnies d'assurances ; le second ne l'est pas.

— Voir les articles : *Arsénicisme*, *Hémorrhagies cérébro-spinales*, *Hydrargyrisme*, *Hystérie*, *Pellagre*, *Ramollissement cérébral*, *Saturnisme* et *Tabagisme*.

PARALYSIE AGITANTE

Voir l'article : *Maladie de Parkinson*.

PARALYSIE GÉNÉRALE

A recevoir. — Tout proposant issu de parents morts de paralysie générale, à la condition qu'il soit exempt de névrose et âgé de plus de 50 ans si c'est un homme, et de 30 ans si c'est une femme.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant du sexe masculin, exempt de névrose, mais issu de parents morts de paralysie et âgé seulement de 20 à 40 ans.

A refuser. — 1° Tout proposant atteint ou paraissant être atteint de paralysie générale.

2° Tout proposant névrosé, rhumatisant ou syphilitique, issu de parents morts de paralysie générale et entouré de frères, sœurs, oncles ou tantes atteints de paralysie générale ou d'une vésanie analogue.

OBSERVATIONS

L'hérédité joue un rôle capital dans l'étiologie de la paralysie générale. Elle s'observe dans le tiers des cas et peut être directe ou dissemblable, c'est-à-dire succéder à des vésanies analogues.

Dans les autres cas, elle est due aux excès alcooliques, vénériens ou de travail, ou bien à la syphilis et au rhumatisme.

La paralysie générale arrive vers 30 ou 40 ans ; à partir de 50 ans, elle est exceptionnelle.

L'homme y est beaucoup plus exposé que la femme; il convient donc, toutes choses égales d'ailleurs, d'être moins sévère pour l'assurance proposée par une femme que pour celle proposée par un homme.

La paralysie générale a une évolution progressive fatale; la mort survient en dix-huit mois, deux ou trois ans.

Les proposants atteints de paralysie générale ou prédisposés à cette maladie, soit par hérédité, soit par constitution, doivent être impitoyablement refusés par les compagnies d'assurances sur la vie.

Il importe donc que le médecin sache reconnaître la paralysie générale dès son début, quelque insidieux qu'il soit. Les paralytiques commencent par avoir des idées d'ambition, de l'hypochondrie, des troubles de la motilité des membres inférieurs, de l'inégalité des pupilles; plus tard, ils ont de la gêne de la parole qui devient lente, pâteuse et saccadée, du tremblement fibrillaire de la langue et des lèvres, et de l'amnésie. Souvent, enfin, il survient sur la conque de l'oreille des petites tumeurs sanguines, connues sous le nom d'hématomes du pavillon et considérées, avec raison, comme assez caractéristiques.

— C'est de 35 à 50 ans qu'il succombe le plus grand nombre de paralytiques généraux.

La moyenne annuelle des décès par paralysie générale est de 9 sur une population de 100,000 habitants.

PARAPLÉGIES

A recevoir. — Tout proposant ayant eu acci-

dentellement une attaque de paraplégie fonctionnelle causée par une affection grave (fièvre typhoïde, diphtérie, etc...), ou une maladie des voies génito-urinaires, radicalement guérie.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant guéri d'une paraplégie réflexe, causée par une maladie peu grave, mais chronique (métrite, cystite, rétrécissement du canal de l'urèthre, etc...).

A refuser. — 1° Tout proposant atteint d'une paraplégie consécutive à une altération de la moelle ou du rachis.

2° Tout proposant atteint d'une paraplégie dyscrasique, toxique (mercure, oxyde de carbone, plomb).

3° Tout proposant atteint d'une paraplégie consécutive à la pellagre ou à une affection grave quelconque, particulièrement à une maladie des voies génito-urinaires.

OBSERVATIONS

La paraplégie doit être considérée comme une cause de refus pour les proposants qui en sont atteints, car le plus souvent elle se rattache à une lésion de la moelle (myélites, tumeurs, etc...), ou de la colonne vertébrale (fractures, nécrose, mal de Pott, etc...).

La mort est fatale.

Mais la paraplégie peut être dyscrasique ou fonctionnelle, autrement dit réflexe.

Les paraplégies dyscrasiques sont très rares ; elles

s'observent surtout à la suite de l'empoisonnement par le mercure, l'oxyde de carbone ou le plomb. Aucune d'elles ne peut être admise par les compagnies d'assurances sur la vie, car elles sont toutes l'indice d'une intoxication profonde.

Les paraplégies fonctionnelles varient de gravité suivant leurs causes. Ainsi, la plupart des paraplégies hystériques et des paraplégies qui accompagnent les maladies génito-urinaires sont bénignes. Ces dernières méritent cependant une attention spéciale; il faut d'abord considérer l'importance de la maladie déterminante (néphrite, blennorrhagie ou métrite), ensuite rechercher si la moelle n'est pas intéressée. Il peut fort bien arriver, en effet, que la paraplégie soit le résultat d'une myélite primitive avec altération consécutive des voies urinaires, où d'une névrite ascendante partie de ces organes, provoquant une inflammation médullaire.

PARKINSON (Maladie de)

(PARALYSIE AGITANTE)

A refuser.

OBSERVATIONS

La paralysie agitante ou maladie de Parkinson a une évolution très lente, mais fatale. Elle peut durer une trentaine d'années.

Elle s'observe aussi souvent chez l'homme que chez la femme, et apparaît toujours après 40 ans.

On ne sait rien sur le rôle que l'hérédité peut jouer dans son développement.

Malgré sa longue durée, cette affection ne doit jamais être acceptée par le médecin de compagnies d'assurances sur la vie ; il importe donc qu'il sache la reconnaître, non seulement dans sa période d'état, mais surtout à son début.

Les principaux symptômes consistent, on le sait, dans un tremblement permanent ou transitoire, qui ne cesse pas par le repos et peut atteindre tout le corps à l'exception de la tête, dans une diminution de la force musculaire, dans la perte de l'équilibre pendant la marche (propulsion et rétropulsion), dans une attitude particulière du corps et des membres (fixité du regard, immobilité des traits) et dans le caractère tremblé de l'écriture.

PAROLE (Troubles de la)

A refuser. — Tout proposant atteint de troubles de la parole, symptomatiques d'une maladie nerveuse grave.

OBSERVATIONS

Un bon nombre de maladies nerveuses s'accompagnent de troubles de la parole caractéristiques ; il

importe donc de leur attacher une grande attention.

Dans le *ramollissement cérébral*, il existe souvent de l'aphasie.

Dans la *sclérose en plaques*, la parole est traînante, presque inintelligible ; les consonnes *l*, *p*, *g* sont particulièrement mal prononcées ; le débit ressemble à celui des gens avinés, les mots sont comme scandés et les syllabes sont séparées par des pauses.

Dans la *paralysie agitante*, la parole, sans être réellement embarassée, est lente et saccadée ; la prononciation de chaque mot semble nécessiter un violent effort, les malades parlent entre les dents comme si leurs lèvres étaient accolées.

Dans la *paralysie générale*, la parole est lente et saccadée ; chaque mot est séparé par une pause.

Dans la *chorée*, il existe parfois un très grand embarras de la parole, par suite de l'extension de la maladie aux muscles de la langue et des lèvres.

PAYS CHAUDS

Voir l'article : *Climats*.

PELLAGRE

A recevoir. — Tout proposant aisé, issu de parents pellagreux, indemne de pellagre, ne se nourrissant pas de maïs et n'habitant pas les pays où cette maladie règne à l'état endémique.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant peu aisé, issu de parents pellagreux, indemne de pellagre, vivant de maïs et habitant les pays où cette maladie règne à l'état endémique.

A refuser. — Tout proposant atteint ou paraissant être atteint de pellagre.

OBSERVATIONS

La pellagre s'observe rarement en France ; elle ne s'y voit guère que dans les bassins d'Arcachon et de l'Adour, dans les Landes, la Gironde et la Champagne.

Elle est endémique, au contraire, en Italie, principalement dans les provinces de Pérouse, d'Urbin, de Pesare, de Ravenne, de Toscane, du Piémont, de la Vénétie et du Milanais.

C'est un champignon du maïs, le *Verdet*. qui serait la cause de la pellagre. Sa durée varie entre trois et vingt années ; son pronostic est fatal.

Il importe de pouvoir reconnaître la pellagre dès ses premiers symptômes.

D'abord, il faut considérer comme suspects tous les proposants issus de parents morts de pellagre. L'hérédité a une certaine importance comme cause prédisposante.

Ensuite, il faut craindre la pellagre chez tous ceux qui résident dans les contrées où elle s'observe souvent. Mais cette affection, qui frappe également les

deux sexes, atteint surtout les classes pauvres, c'est-à-dire celles qui ne s'assurent pas.

C'est généralement au printemps que la pellagre se déclare ; il survient des érythèmes, accompagnés de prurit sur toutes les parties découvertes ; puis le malade se plaint de fatigues, de douleurs dans le dos, d'anorexie, de nausées et de diarrhée. En été, le mal s'améliore, pour disparaître quelquefois en hiver. Au printemps suivant, il reparaît plus intense que l'année précédente.

Peu à peu, des troubles nerveux graves et un état cachectique prononcé, viennent terminer la scène. Le malade est pris de mélancolie, devient fou et souvent se suicide, principalement par submersion. Dans les autres cas, la mort arrive par cachexie ou par affection pulmonaire.

PELVI-PÉRITONITE

Voir les articles : *Métrites* et *Péritonites*.

PEMPHIGUS

A recevoir. — Tout proposant guéri d'une atteinte de pemphigus vulgaire, aigu.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant guéri de plusieurs atteintes de pemphigus vulgaire, aigu.

A refuser. — Tout proposant atteint de pemphigus bulleux chronique ou de pemphigus foliacé.

OBSERVATIONS

Le pemphigus vulgaire, aigu ou chronique ne présente pas de gravité. Il n'en est pas de même du pemphigus foliacé chronique. Ces deux dernières variétés ont assurément une marche très lente, mais elles finissent toujours par amener une entérite, une anasarque ou une broncho-pneumonie mortelle.

En règle générale, on peut dire que le pemphigus chronique est d'autant plus redoutable, qu'il donne lieu à un plus grand dombre de bulles mal remplies, desséchées, et qu'il s'accompagne de phénomènes généraux sérieux (fièvre, amaigrissement, diarrhée, etc...).

PEPTONURIE

A recevoir avec réserves. — Tout proposant bien portant, atteint de peptonurie intermittente.

A refuser.— 1° Tout proposant atteint de peptonurie causée par une maladie grave.

2° Tout proposant délicat, atteint de peptonurie abondante.

OBSERVATIONS

La peptonurie s'observe dans divers états pathologiques : l'anémie grave, le phosphorisme, le scorbut,

le cancer et la dilatation de l'estomac... La peptonurie n'a donc guère d'importance pratique.

Le meilleur procédé pour rechercher la peptonurie, consiste dans l'addition d'une petite quantité de réactif Tanret à un peu d'urine. Se forme-t-il aussitôt un précipité, ce précipité est constitué par des peptones, s'il disparaît sous l'influence de la chaleur et revient par le froid.

Le réactif de Millon (solution de nitrate mercureux et de nitrate mercurique, mélangée faiblement d'acide nitrique) permet aussi de caractériser les peptones, en donnant lieu à une coloration rouge-cerise.

La réaction dite du biuret (bicyanate d'ammoniaque) permet de reconnaître de légères traces de peptone. Elle est basée sur la coloration rose violacé que donnent les peptones de l'urine lorsqu'on ajoute du sulfate de cuivre en présence d'un alcali caustique. On rend l'urine alcaline par la lessive de soude puis on y ajoute, goutte à goutte, une solution très étendue de sulfate de cuivre qu'on verse ainsi jusqu'à ce que la couleur rouge-violet ait atteint toute son intensité.

PÉRICARDITE CHRONIQUE

A refuser.

OBSERVATIONS

La péricardite chronique est totalement incompatible avec les assurances sur la vie, car elle est

grave par elle-même et par l'état diathésique (tuberculose) qu'elle masque généralement.

Certains frottements-souffles péricardiques peuvent être confondus avec les bruits de souffles valvulaires diastoliques de la base. Mais les frottements ne sont pas isochrones avec le pouls, meurent sur place, varient d'intensité et d'étendue d'un jour à l'autre, et augmentent de force par la pression du stéthoscope ; enfin, ils ne donnent pas au sphygmographe le tracé si spécial du pouls de Corrigan.

D'ailleurs, si ce diagnostic présente un grand intérêt clinique, il n'a point d'importance en matière d'assurances sur la vie puisque le refus du proposant s'impose dans l'un et l'autre cas.

— C'est de 40 à 60 ans que s'observe le plus grand nombre de décès par péricardite.

La mortalité annuelle de la péricardite est en moyenne de 2 décès pour une population de 100.000 habitants. Sur 100 malades adultes. des deux sexes. atteints de péricardite. il en succombe environ 20 par an; sur 100 hommes, on compte 19 décès annuels; sur 100 femmes. 21 décès.

— Voir l'article : *Adhérences du péricarde.*

PÉRIENCÉPHALITE

Voir l'article : *Maladie de Parkinson.*

PÉRIHÉPATITE

A refuser.

OBSERVATIONS

L'inflammation de l'enveloppe du foie et de la capsule de Glisson est fort difficile à diagnostiquer.

Elle coïncide toujours avec une autre affection du foie : cancer, cirrhose, hépatite, kyste hydatique ou tuberculose.

— Voir les articles : *Cirrhoses*, *Hépatites* et *Lithiase biliaire*.

PÉRINÉPHRITE

A refuser.

Voir l'article : *Néphrites*.

PÉRIOSTITES

Voir les articles : *Ostéites*, *Scrofulose* et *Syphilis*.

PÉRITONITE

A recevoir. — Toute femme ayant dépassé l'âge de la ménopause, guérie depuis longtemps d'une pelvi-péritonite de cause génitale.

A refuser. — 1° Tout proposant atteint de péritonite chronique.

2° Tout proposant guéri d'une péritonite aiguë.

3° Toute femme encore réglée, guérie d'une pelvi-péritonite de cause génitale.

OBSERVATIONS

La péritonite est un motif absolu de refus pour tous les proposants qui en ont été atteints, alors même qu'ils semblent radicalement guéris.

Elle peut laisser des brides fibreuses et des adhérences susceptibles de devenir le point de départ d'une obstruction intestinale ou d'un étranglement interne.

La pelvi-péritonite survenue chez une femme à l'occasion d'un accouchement peut seule être acceptée par les compagnies d'assurances, si la guérison est complète et si la femme a dépassé l'âge de la ménopause.

— C'est de 20 à 40 ans que s'observe le plus grand nombre de décès par péritonite.

La mortalité annuelle de la péritonite est en moyenne de 10 décès pour une population de 100,000 habitants. Sur 100 malades adultes, des deux sexes, atteints de péritonite, il en succombe environ 26 par an; sur 100 hommes, on compte 49 décès annuels; sur 100 femmes, 22 décès.

PÉRITYPHLITE

A refuser.

PERTES SÉMINALES

Voir l'article : *Spermatorrhée.*

PESTE A BUBONS

OBSERVATIONS

Une première atteinte de peste crée une immunité presque complète. Le médecin peut donc accepter tout proposant radicalement guéri de la peste.

D'ailleurs, la peste est une maladie rare dans nos pays. Elle s'observe surtout en Mésopotamie, dans le Kurdistan persan, en Egypte et parfois à Constantinople.

PETIT-MAL

Voir l'article : *Epilepsie.*

PHLÉBITE

A recevoir. — Tout proposant guéri d'une phlébite survenue à la suite d'une opération sans gravité et définitive.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant guéri d'une phlébite susceptible de récidiver par suite de la persistance de sa cause.

A refuser. — 1° Tout proposant atteint de phlébite.

2° Tout proposant guéri d'une phlébite survenue à la suite d'une opération pratiquée pour des varices ou des hémorrhoïdes.

3° Tout proposant guéri d'une phlébite ayant porté sur de gros vaisseaux.

OBSERVATIONS

Les phlébites qui s'observent à la suite des opérations sont loin d'être aussi sérieuses pour l'avenir que les phlébites variqueuses.

Le médecin de compagnie d'assurances sur la vie, peut donc accepter sans crainte tous les proposants guéris d'une phlébite consécutive à une opération, à moins que cette opération ne soit une cause de refus par elle-même. Le pronostic d'avenir des phlébites qui arrivent après la saignée ou une ligature, est particulièrement bénin; il est sérieux, au contraire, pour les phlébites dues à une opération pratiquée sur des vaisseaux variqueux.

Toute phlébite ayant porté sur des varices doit être considérée comme inacceptable, à moins que les veines qui ont été oblitérées soient redevenues tout à fait libres et souples.

— Voir les articles : *Hydropisies*. *Phlegmatia* et *Varices*.

PHLEGMATIA ALBA DOLENS

A recevoir. — Tout proposant guéri d'une

phlegmatia survenue dans le cours d'une maladie aiguë, disparue sans avoir laissé de traces.

A recevoir avec réserves. — 1° Tout proposant guéri d'une phlegmatia survenue sous l'influence d'une cachexie peu grave (chlorose, rhumatisme), disparue sans avoir laissé de traces.

2° Toute femme guérie d'une phlegmatia puerpuérale.

A refuser. — 1° Tout proposant guéri d'une phlegmatia causée par un état cachectique sérieux et persistant.

2° Tout proposant guéri d'une phlegmatia ayant laissé des traces de son passage, caractérisées par une tendance à l'œdème.

OBSERVATIONS

La phlegmatia accidentelle, qui survient dans le cours d'une maladie aiguë (fièvre typhoïde, par exemple) ou à la suite d'un accouchement, n'a généralement point de gravité pour l'avenir, lorsqu'elle est radicalement guérie. Les compagnies d'assurances peuvent accepter les proposants qui se présentent dans de semblables conditions; toutefois, elles doivent faire quelques réserves pour les femmes qui sont encore en âge d'avoir des enfants.

La phlegmatia cachectique est, au contraire, très grave; elle ne peut être acceptée qu'exceptionnellement, par exemple, après une atteinte de rhumatisme ou de chlorose.

Quant à la phlegmatia qui donne encore lieu, après guérison, à de la fatigue et à de l'œdème du membre primitivement atteint, elle est tout à fait incompatible avec les assurances sur la vie, quelle que soit sa cause.

— Sur 100 malades adultes, des deux sexes, atteints de phlegmatia, il en succombe environ 10 par an; sur 100 hommes, on compte 14 décès annuels; sur 100 femmes, 10 décès.

— Voir les articles : *Hydropisies*, *Phlébite* et *Varices*.

PHLEGMON PÉRI-UTÉRIN

A recevoir avec réserves. — Toute femme ayant dépassé l'âge de la ménopause, radicalement guérie d'un phlegmon péri-utérin.

A refuser. — 1° Toute femme guérie d'un phlegmon péri-utérin ayant laissé des traces.

2° Toute femme atteinte de phlegmon péri-utérin.

OBSERVATIONS

En règle générale, le phlegmon péri-utérin ne doit jamais être admis par les compagnies d'assurances sur la vie.

Seules, les femmes radicalement guéries et non réglées depuis plusieurs années peuvent être acceptées, s'il ne reste aucune trace de la maladie passée.

— Voir l'article : *Métrites*.

PHOSPHATURIE

A refuser.

OBSERVATIONS

La phosphaturie ou le diabète phosphatique est un motif absolu de refus pour les proposants.

Un homme adulte, robuste et bien nourri, élimine environ $3^{gr},19$ d'acide phosphorique évalué à l'état anhydre, en vingt-quatre heures.

La quantité de phosphates éliminés est de $2^{gr},50$ à $3^{gr},50$ en vingt-quatre heures.

Pour rechercher si une urine renferme des phosphates, il suffit souvent de la chauffer sur la lampe à alcool; il se forme aussitôt un précipité.

Mais il est préférable d'additionner l'urine avec un peu de lessive de potasse et, ensuite, de la chauffer; les phosphates terreux (phosphates de chaux et de magnésie) sont précipités. En ajoutant à l'urine une solution ammoniacale de magnésie, les phosphates alcalins (phosphates de potasse et de soude) sont précipités à leur tour.

Le dosage des phosphates éliminés se fait au moyen d'une solution titrée d'acétate d'uranium (1 centimètre cube = $0^{gr},005$ d'acide phosphorique).

On mélange l'urine avec une solution déterminée d'acétate de soude, puis on y ajoute la liqueur titrée, goutte à goutte, jusqu'à formation d'un précipité de coloration brun rougeâtre produit par l'oxyde

d'urane libre au contact du ferrocyanure de potassium.

En multipliant le nombre de centimètres cubes d'urane employés par le titre de la solution, on obtient le poids des phosphates.

Enfin, on peut connaître la nature des phosphates par l'examen microscopique.

Le phosphate de chaux cristallisé a la forme de petites aiguilles, de flèches tranchantes incolores, disposées ou non en rosaces.

Le phosphate de magnésie est généralement amorphe; quand il est cristallisé, il a l'aspect de grands prismes ou de tablettes incolores.

Le phosphate ammoniaco-magnésien se présente sous les formes les plus variées du prisme rhomboédrique; ses cristaux, parfois très grands, incolores et brillants, ont été comparés à un couvercle de cercueil.

PHOSPHORISME

A recevoir avec réserves. — Tout proposant guéri d'une atteinte bénigne et passagère de phosphorisme.

A refuser. — 1° Tout proposant atteint de phosphorisme chronique.

2° Tout proposant guéri, ou paraissant l'être, d'une atteinte grave de phosphorisme.

OBSERVATIONS

Le phosphorisme chronique ne s'observe guère que

chez les ouvriers des fabriques d'allumettes. Mais la substitution du phosphore amorphe au phosphore ordinaire tend à rendre cet empoisonnement de plus en plus rare. Enfin, comme le phosphorisme n'atteint généralement que les ouvriers, il s'ensuit que le médecin de compagnies d'assurances sur la vie, est rarement appelé à examiner de semblables proposants.

L'acceptation ou le refus d'un proposant atteint de phosphorisme, doit être entièrement basé sur l'ancienneté de l'intoxication et la persistance de la cause nocive.

Ainsi, on peut accepter l'assurance d'un ouvrier qui n'a encore ressenti que quelques troubles digestifs insignifiants, tandis qu'on doit refuser celle d'un sujet qui a eu des vomissements ou de la nécrose des maxillaires et, à plus forte raison, des phénomènes de cachexie ou de stéatose viscérale.

Les vomissements alimentaires seuls ont peu de gravité ; mais les vomissements privés de bile, après en avoir été imprégnés, sont toujours dus à un commencement de stéatose hépatique.

PHTISIE PULMONAIRE

A refuser.

OBSERVATIONS

Tout proposant phtisique doit être impitoyablement rejeté par les compagnies d'assurances sur la vie.

La phtisie pulmonaire confirmée n'a pas grand intérêt pour le médecin de compagnies d'assurances. Le diagnostic en est facile, et il importe peu de savoir si elle est héréditaire ou non.

Il n'en est pas de même de la tuberculose pulmonaire ; il est de la plus grande nécessité de pouvoir la diagnostiquer dès son début, alors qu'elle ne se manifeste encore que par des phénomènes peu apparents.

— Voir l'article : *Tuberculose*.

PIED-BOT

A recevoir.

OBSERVATIONS

Le pied-bot n'est pas une cause de refus, à moins qu'il ne soit compliqué d'accidents osseux (carie ou nécrose).

Cependant, les compagnies d'assurances sur la vie qui veulent agir avec prudence, doivent introduire une clause spéciale dans le contrat, au cas où le malade viendrait à se faire opérer par la ténotomie ou la tarsotomie.

Le risque encouru en cas d'opération n'est d'ailleurs pas bien grave, car il est rare, aujourd'hui, qu'il survienne de ce fait des complications mortelles.

PIERRE

A refuser.

OBSERVATIONS

Aucun proposant atteint de la pierre ne peut songer à s'assurer sur la vie.

L'assurance n'est même pas possible après la lithotritie ou une autre opération.

— Voir les articles : *Gravelle*, *Lithiase urinaire* et *Troubles de la miction*.

PISSEMENTS DE SANG

Voir l'article : *Hématuries*.

PLÉTHORE

A recevoir. — Tout proposant atteint de pléthore générale modérée, non compliquée de troubles morbides dus à la nutrition retardée.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant atteint de pléthore générale assez intense, non compliquée de troubles morbides dus à la nutrition retardée.

A refuser. — 1° Tout proposant atteint de pléthore générale, compliquée de troubles morbides sérieux (goutte, congestion hépatique, hémorrhoïdes abondantes, varicosités) dus au ralentissement de la nutrition.

2° Tout proposant atteint de pléthore générale,

compliquée de pléthore partielle d'un organe important.

OBSERVATIONS

Sans être une maladie, au sens vrai du mot, la pléthore constitue un état spécial qui prédispose à diverses affections, notamment à la goutte, à la gravelle, à l'artério-sclérose, au diabète, aux affections du foie et à toutes les maladies par ralentissement de la nutrition, ainsi qu'à la congestion cérébrale.

Constituée par un trop grand apport de globules sanguins et d'hémoglobine, la pléthore se manifeste généralement par une vultuosité jaune rougeâtre de la face (aspect rubicond) et un grand développement veineux (varices, hémorrhoïdes, etc...). Les sujets pléthoriques sont atteints, en outre, de dyspnée, de digestions difficiles suivies de somnolences invincibles, de vertiges, etc...

La pléthore est presque toujours générale, mais elle peut être partielle, c'est-à-dire localisée de préférence sur tel ou tel viscère. Dans ce dernier cas, elle devient plus redoutable, car le viscère touché est exposé à de fréquentes congestions (poumon, cerveau, etc...).

Quant à l'hérédité de la pléthore, son influence évidente dans quelques cas, fait trop souvent défaut pour qu'on puisse en tirer des conclusions pratiques.

La numération des globules sanguins et le pouvoir colorant de l'hémoglobine peuvent permettre de vérifier expérimentalement le degré de pléthore d'un sujet.

— Voir l'article : *Anémie* (pour la numération des globules sanguins et l'examen de l'hémoglobine).

PLEURÉSIES

A recevoir avec réserves. — 1° Tout proposant radiealement guéri d'une pleurésie gauehe *a frigore* ou accidentelle.

2° Tout proposant radicalement guéri d'une pleurésie gauehe rhumatismale, n'ayant pas laissé de rétraction thoracique.

A refuser. — 1° Tout proposant issu de père et mère tuberculeux, ou entourés de frères ou de sœurs tuberculeux, radicalement guéri d'une pleurésie gauche *a frigore*, rhumatismale ou aceidentelle.

2° Tout proposant guéri d'une pleurésie droite.

3° Tout proposant guéri d'une pleurésie ayant déterminé une forte rétraction de la paroi thoracique.

4° Tout proposant guéri d'une pleurésie purulente ayant nécessité l'empyème.

OBSERVATIONS

L'opinion actuelle, incomplètement justifiée peut-être, veut que toute pleurésie soit d'origine tuberculeuse.

Les compagnies d'assurances sur la vie doivent donc refuser tous les anciens pleurétiques. Quelques cas exceptionnels peuvent cependant être aceeptés ;

mais ils doivent être préalablement soumis à un examen très approfondi.

Le médecin examinateur doit refuser notamment tous les proposants chez lesquels il reste des traces de pleurésie, comme une déformation du thorax ou des adhérences persistantes, puis ceux qui sont guéris d'une pleurésie droite si souvent tuberculeuse, enfin ceux qui ont eu une pleurésie purulente traitée ou non par l'empyème.

Les pleurésies franches *a frigore* et les pleurésies accidentelles consécutives à une fracture de côte, à une opération, à une couche (pleurésie septique) sont à peu près les seules qui soient compatibles avec les assurances sur la vie, si elles n'ont pas laissé de traces.

La pleurésie rhumatismale gauche n'est également pas grave, mais il est rare qu'elle ne laisse pas après elle une certaine rétraction du thorax.

— C'est de 30 à 60 et surtout de 40 à 50 ans, que s'observe le plus grand nombre de décès par pleurésie.

Il meurt, en moyenne, par an, 20 pleurétiques sur 100,000 habitants. Sur 100 pleurétiques adultes, des deux sexes, il en succombe environ 10 par an; sur 100 hommes, on compte 10 décès annuels; sur 100 femmes, 11 décès.

— Voir les articles : *Bronchites chroniques* et *Tuberculose*.

PNEUMOKONIOSES

A refuser.

OBSERVATIONS

Les pneumokonioses doivent toujours être une cause de refus pour les proposants, à moins de cas particulièrement bénins.

Elles sont dues à la pénétration de certaines poussières dans le poumon ; la *Sidérose*, à la poussière de fer et d'acier ; la *Chalicose*, à la poussière des meules de pierre ; l'*Anthracose*, à la poussière de charbon et de cuivre ; la *Tabacose*, à la poussière de tabac.

L'influence des professions est donc prépondérante dans l'étiologie des diverses pneumokonioses.

PNEUMONIE CHRONIQUE

A refuser.

OBSERVATIONS

La pneumonie scléreuse n'est jamais primitive, si ce n'est parfois chez les alcooliques.

Dans la plupart des cas, elle succède à la pneumonie fibrineuse, au catarrhe chronique des bronches ou à un ramollissement de tubercules.

Elle est donc absolument incompatible avec les assurances sur la vie.

PNEUMOTHORAX

A refuser.

OBSERVATIONS

Le pneumothorax ne peut jamais être admis par les compagnies d'assurances sur la vie, fût-il d'origine traumatique comme cela se voit, par exemple, dans certaines fractures de côte.

— Voir l'article : *Hydropneumothorax*.

POITRINE

OBSERVATIONS

Le développement de la poitrine, comparé à la taille, a une certaine importance au point de vue de la santé générale. On sait, en effet, que les sujets à poitrine étroite sont plus prédisposés que les autres aux affections pulmonaires, notamment à la tuberculose et à l'asthme, etc...

Quelques compagnies d'assurances sur la vie étrangères exigent que la mensuration du thorax soit mentionnée dans tous les rapports.

En général, il faut faire cette mensuration le sujet étant debout dans l'attitude verticale, à la hauteur des aisselles, et la faire deux fois, d'abord au moment du développement complet de l'inspiration, ensuite à la fin de l'expiration.

Le tour de la poitrine doit mesurer au moins la moitié de la taille, et présenter de 4 à 10 centimètres de plus à l'inspiration qu'à l'expiration (Maragliano).

Dans les compagnies françaises, la mensuration de la poitrine n'est pas demandée au médecin exa-

minateur; mais au conseil de revision, on exige que la poitrine soit large, bien développée, et que sa circonférence dépasse la demi-taille. Comme on n'accepte pas d'hommes mesurant moins de $1^{m},54$ de hauteur, il s'ensuit que pour les conscrits les plus petits, il faut que la poitrine mesure au moins 784 millimètres.

L'usage militaire peut servir de règle au médecin de compagnies d'assurances sur la vie, chaque fois qu'il juge à propos de mesurer la circonférence thoracique d'un proposant.

— Voir l'article : *Poumons*.

POLLUTIONS

Voir l'article : *Spermatorrhée*.

POLYADÉNOMES DU FOIE

Voir l'article : *Adénomes du foie*.

POLYDIPSIE

OBSERVATIONS

L'exagération de la soif ne présente d'intérêt qu'en ce qu'elle peut faire découvrir l'existence du diabète.

POLYPES

OBSERVATIONS

Les polypes s'observent surtout au larynx, au nez et à l'utérus.

Si le proposant n'a pas été opéré, il doit être refusé.

Les polypes fibreux du nez ou du larynx nécessitent toujours le refus, même après opération ; les polypes muqueux peuvent être acceptés, mais il faut formuler des réserves, car les récidives sont fréquentes. Quant aux fibromes naso-pharyngiens, leur gravité est toujours considérable.

Il ne faut jamais recevoir les femmes qui sont atteintes d'un polype muqueux ou fibreux de l'utérus, car les hémorrhagies abondantes et les écoulements muco-purulents qui en résultent en rendent le pronostic très sérieux.

Mais comme ces polypes ne récidivent jamais, ils doivent toujours être admis par les compagnies, après avoir été opérés.

— Voir les articles : *Fibromes*, *Myxomes*, *Papillomes* et *Tumeurs*.

POLYPHAGIE

OBSERVATIONS

L'exagération de la faim doit faire craindre l'existence du diabète.

POLYSARCIE

Voir l'article : *Obésité*.

POLYURIE

OBSERVATIONS

L'exagération de l'excrétion urinaire doit faire songer d'abord au diabète, ensuite à la néphrite interstitielle ou au rein amyloïde.

Il importe d'examiner les proposants à ce double point de vue, et de rechercher la moindre trace de sucre ou d'albumine dans les urines.

Ces deux maladies éliminées, la polyurie simple peut être encore le résultat de l'hystérie ou d'excès alcooliques, etc...

Voir l'article : *Troubles de la miction*.

POTT (Mal de)

— Voir les articles : *Mal de Pott* et *Scrofulose*.

POULS

OBSERVATIONS

L'examen du pouls a une grande importance, car sa fréquence, sa régularité, son intensité et sa forme permettent souvent de diagnostiquer une maladie indéterminée.

Ainsi, le pouls intermittent et irrégulier se rattache presque toujours à une lésion organique du cœur ou à une maladie nerveuse ; le pouls petit et non isochrone aux battements du cœur est l'indice d'un anévrysme; le pouls bondissant de Corrigan est le signe d'une insuffisance aortique, etc...

Quant au pouls veineux, caractérisé par des battements systoliques dans les veines jugulaires, il indique généralement une insuffisance de la valvule tricuspide. Il est facile d'en constater l'existence en pressant la jugulaire externe entre les deux index sur une étendue de deux ou trois centimètres, de façon à la vider le plus possible ; si en laissant l'index supérieur en place et en enlevant l'index inférieur, la veine se remplit, on est certain que ses valvules sont insuffisantes puisque le sang peut refluer de l'oreillette droite dans la veine.

L'examen sphygmographique du pouls donne aussi de précieux renseignements. Chaque affection qui retentit sur le système cardio-artériel présente un tracé spécial.

— Voir les articles : *Intermittences*, *Lésions valvulaires* et *Sphygmographie*.

POUMONS

OBSERVATIONS

Il est rare que le médecin soit obligé de mesurer la capacité pulmonaire; cependant, il importe d'y recourir dans certains cas.

La capacité pulmonaire, en effet, est diminuée dans un bon nombre de maladies des voies respiratoires, notamment dans la tuberculose, la pleurésie, l'emphysème, etc...

La capacité pulmonaire normale est de 4 à 5 litres lorsqu'on fait la plus grande inspiration possible; mais comme pendant l'expiration, il reste toujours 1 litre à 1 litre et demi d'air dans les poumons, la capacité respiratoire n'est que de 3 litres et demi en réalité. Ces chiffres ne sont exacts que pour les grands efforts de respiration; dans les inspirations et expirations ordinaires, la quantité d'air introduite dans les poumons, puis expirée, n'est environ que d'un demi-litre.

D'ailleurs, le volume d'air expiré est en proportion régulière avec la stature; Hutchinson qui a fait des recherches sur 24,000 sujets, a trouvé que la capacité respiratoire pour un homme de 1^{m},50 était égale à 2,035 centimètres cubes et que cette capacité augmentait pour l'homme de 52 centimètres cubes et pour la femme de 40 centimètres cubes par centimètre de taille.

Un grand nombre d'appareils ont été inventés pour mesurer la capacité pulmonaire : les spiromètres d'Hutchinson, de Schneff et de Mathieu sont les plus connus.

Il est évident que la spirométrie peut permettre de diagnostiquer certaines maladies du poumon. Mais pour que l'abaissement de la capacité respiratoire ait une réelle valeur, il faut que sa mesure normale dans l'état de santé soit d'abord connue.

La spirométrie ne peut donc donner que des renseignements de probabilité. Toutefois, la constatation d'une diminution très notable de la capacité pulmonaire doit être considérée par le médecin, comme un motif suffisant pour ajourner le proposant ; dans ces conditions, en effet, la tuberculose est à craindre.

— Voir les articles : *Adénopathie bronchique*, *Bronchectasie*, *Bronchites chroniques*, *Congestion pulmonaire*, *Dyspnée*, *Emphysème pulmonaire*, *Expiration prolongée*, *Hémoptysies*, *Hydropneumothorax*, *Phtisie pulmonaire*, *Pleurésies*, *Pneumokonioses*, *Pneumonie chronique*, *Pneumothorax*, *Poitrine* et *Tuberculose*.

PROFESSIONS

OBSERVATIONS

L'influence des professions sur la santé humaine est très marquée ; toutefois, au point de vue des assurances sur la vie, cet élément ne peut fournir le plus souvent que des renseignements approximatifs.

Certaines professions sont particulièrement insalubres ; celles dans lesquelles on emploie le plomb, les sels arsenicaux, le mercure, etc...

Quelques-unes paraissent favoriser le développement de la tuberculose, etc...

Toutes ces considérations ont une réelle importance, mais elles sont subordonnées à trop d'excep-

tions pour qu'on puisse établir une règle de conduite pour les compagnies.

Chaque cas doit être apprécié par le médecin.

Quelques ouvriers peintres restent toujours indemnes de saturnisme ; d'autres, au contraire, sont immédiatement intoxiqués. Certains marchands de vin ne sont pas alcooliques, etc...

Toutes les statistiques professionnelles sont à peu près sans valeur.

Il est mort, en 1885, à Paris, 3,363 employés, 4,734 journaliers, 8 meuniers, 2 vétérinaires, 73 médecins, 13 magistrats, 88 savants, etc...

Que prouve cette statistique ? Quelle est la proportion des journaliers, des meuniers, des savants ? De quelle maladie ces individus sont-ils morts ? En quoi leur profession a-t-elle été la cause du décès ? etc... La réponse à ces questions fait toujours défaut.

Le médecin examinateur d'une compagnie d'assurances sur la vie doit constamment s'informer de la profession du proposant, car ce renseignement peut être précieux pour éclairer le diagnostic ; mais ce renseignement, on le voit, n'a de valeur que s'il est corroboré par des phénomènes morbides concordants. Certaines professions, cependant, doivent être toujours tenues en suspicion ; celles qui sont réputées insalubres et celles qui favorisent les excès.

— Voir les articles : *Alcoolisme*, *Arsénicisme*, *Benzinisme*, *Hydrargyrisme*, *Phosphorisme* et *Saturnisme*.

PROLAPSUS UTÉRIN

A recevoir avec réserves. — Toute femme atteinte d'un prolapsus utérin léger, réductible et non compliqué.

A refuser. — Toute femme atteinte de prolapsus complet.

OBSERVATIONS

Lorsqu'une femme est atteinte de prolapsus utérin, le médecin doit formuler les plus grandes réserves au sujet de l'assurance sur la vie qu'elle désire contracter.

Toutefois, si l'abaissement est peu accentué, l'acceptation doit être la règle.

On voit des femmes qui vivent avec un prolapsus complet sans en éprouver la moindre souffrance, mais comme il existe des cas qui se terminent mortellement, soit par urémie, soit par gangrène, soit par inflammation péritonéale, il faut toujours refuser de semblables malades.

D'ailleurs, le médecin doit conclure dans son rapport à la compagnie d'après l'âge et l'état général de la personne à assurer, puis d'après l'ancienneté du prolapsus et d'après son mode de production, sa réductibilité ou son irréductibilité.

— Voir les articles : *Cystocèle vaginale*, *Métrites* et *Rectocèle vaginale*.

PROSTATITE

A recevoir. — Tout proposant guéri depuis longtemps d'une prostatite aiguë.

A recevoir avec réserves. — 1° Tout proposant non tuberculeux, mais prédisposé à la tuberculisation par ses antécédents héréditaires ou personnels, guéri depuis longtemps d'une prostatite aiguë.

2° Tout proposant jeune, atteint de prostatite chronique blennorrhagique, compliquée d'accidents sérieux et ne paraissant pas devoir s'aggraver.

A refuser. — 1° Tout proposant sujet à avoir des prostatites nombreuses ou récidivées.

2° Tout proposant âgé de plus de 45 ans et atteint de prostatite chronique.

3° Tout proposant non tuberculeux, mais prédisposé à la tuberculisation par ses antécédents héréditaires ou personnels, atteint de prostatite chronique.

OBSERVATIONS

La prostatite aiguë dans les antécédents pathologiques d'un proposant n'est pas un motif de refus, si elle est bien guérie. Elle peut même être acceptée lorsqu'elle a été compliquée d'un petit abcès qui s'est ouvert spontanément dans l'urèthre.

Mais les compagnies d'assurances sur la vie ne doivent jamais recevoir les proposants qui sont atteints d'abcès prostatiques chroniques.

— C'est de 60 à 75 ans que s'observe le plus grand nombre de décès par maladie de la prostate.

Il meurt, en moyenne, par an, 2 prostatiques sur 100,000 habitants. Sur 100 hommes prostatiques, il en succombe environ 12 par an.

— Voir les articles : *Hypertrophie de la prostate* et *Troubles de la miction*.

PRURIGO

A recevoir avec réserves. — Tout proposant atteint de prurigo de Hébra ou prurigo formicans.

A refuser. — Tout proposant atteint de prurigo compliqué de phénomènes nerveux ou cachectiques graves.

OBSERVATIONS

Le prurigo ne peut être considéré comme un motif de refus par les compagnies d'assurances sur la vie.

Cependant, le prurigo de Hébra doit n'être accepté qu'après une investigation minutieuse de la santé générale du proposant, car cette variété est souvent incurable. Elle finit par épuiser le malade qui est privé de sommeil, anémié et atteint de phénomènes nerveux morbides ; la cachexie n'est pas rare, parfois même on observe des accès de délire compliqué d'hallucinations et d'idées de suicide.

PRURIT

OBSERVATIONS

Le prurit n'a généralement pas d'intérêt au point de vue des assurances sur la vie.

Il ne mérite l'attention qu'en ce qu'il peut être quelquefois le résultat d'un diabète ignoré.

PSEUDO-LEUCÉMIE

Voir l'article : *Leucémie*.

PSOITIS

A refuser.

PSORIASIS

A recevoir. — Tout proposant atteint de psoriasis simple, sans complications.

A refuser. — Tout proposant, fumeur, atteint de psoriasis lingual.

OBSERVATIONS

Le psoriasis ne doit pas être considéré comme une cause de refus, si ce n'est dans les cas invétérés, caractérisés par des squames épaisses et des crevasses de tous les membres et du tronc. Chez de tels

psoriasiques, la santé générale finit par s'altérer : il survient de la cachexie et la mort termine souvent la scène.

L'asthme et la bronchite chronique sont des complications rares du psoriasis; le cancer, au contraire, a une réelle affinité pour cette maladie. Il est assez fréquent de voir le psoriasis lingual précéder l'épithélioma de la langue (cancer des fumeurs).

Quant au psoriasis palmaire ou plantaire, il est presque toujours syphilitique; sa présence suffit pour affirmer l'existence de la vérole chez le proposant.

PURPURA

A recevoir avec réserves. — Tout proposant sain, ayant eu une atteinte de purpura simple.

A refuser. — 1° Tout proposant ayant eu une atteinte de purpura hemorrhagica.

2° Tout proposant débilité, ayant eu une atteinte de purpura simple.

OBSERVATIONS

Le purpura simple est souvent l'indice d'un mauvais état constitutionnel.

Quant au purpura hemorrhagica (maladie de Werlhof), il doit être considéré comme une cause

absolue de refus pour tous les proposants, quelle que soit leur santé au moment où ils désirent s'assurer.

PYÉLITE ET PYÉLO-NÉPHRITE

Voir les articles : *Lithiase urinaire* et *Néphrites*.

R

RACHITISME

A recevoir. — Tout proposant atteint d'une déformation du bassin ne déterminant aucune gêne.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant atteint de déformations thoraciques assez légères pour n'apporter aucune gêne dans les fonctions cardio-pulmonaires.

A refuser. — 1° Tout proposant atteint de déformations thoraciques pouvant gêner les fonctions cardio-pulmonaires.

2° Toute femme atteinte d'une déformation du bassin susceptible d'entraver les fonctions de reproduction.

OBSERVATIONS

Comme on ne peut s'assurer sur la vie qu'à partir de vingt ans, les proposants ne peuvent présenter que des déformations osseuses, consécutives au rachitisme dont ils ont été atteints pendant leur enfance.

La raehitisme peut déformer tous les os du squelette, mais les déformations qu'il importe surtout de eonnaître sont celles du thorax et du bassin. Les premières amènent une gêne dans les fonetions eardio-pulmonaires et eonsécutivement des bronehites répétées et de l'hypertrophie cardiaque; les seeondes peuvent devenir le point de départ d'accidents dystoeiques très graves.

Quant aux déformations du raehis (cyphose, lordose, seoliose), leurs eonséquences sont moindres et variables.

L'hérédité joue un rôle évident dans le développement du raehitisme. Parrot en faisait une eonséquenee de la syphilis héréditaire.

— Voir les artieles : *Cyphose*, *Dystocie*, *Lordose* et *Scoliose*.

RAGE

Voir l'article : *Hydrophobie*.

RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL

A recevoir. — Tout proposant né de parents ramollis, s'il est sain (sans traees d'affeetion eardio-pulmonaire, d'athéromasie ou d'arthritisme grave), jeune autant que possible, et non entouré de eollatéraux (frères, sœurs, oneles ou tantes) atteints ou prédisposés au ramollissement eérébral.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant né de père et mère ramollis, susceptible de le devenir lui-même, quels que soient son âge et sa santé actuelle.

A refuser. — 1° Tout proposant né de père et mère ramollis, atteint d'une maladie (rhumatisme, goutte, syphilis, alcoolisme) pouvant favoriser le développement du ramollissement cérébral.

2° Tout proposant sain, né de père et mère ramollis, et entouré de parents (frères, sœurs, oncles ou tantes) ramollis, paralysés ou simplement très arthritiques.

3° Tout proposant atteint de ramollissement cérébral.

OBSERVATIONS

L'hérédité joue un véritable rôle dans le développement de la thrombose et de l'embolie cérébrale.

Toutefois, les compagnies d'assurances sur la vie peuvent accepter tous les proposants issus de parents ramollis, si rien dans leur état de santé actuelle et dans celui de leurs frères ou sœurs ne peut faire craindre cette maladie.

L'alcoolisme, la syphilis, la goutte et le rhumatisme sont les principales causes du ramollissement cérébral.

Le point de départ de la thrombose cérébrale est l'athérome.

L'embolie cérébrale est la conséquence du rhumatisme et de l'endocardite.

Toutes les causes qui peuvent favoriser le développement de l'athéromasie ou du rhumatisme, doivent donc être considérées comme funestes pour les sujets issus de parents morts de ramollissement cérébral.

Le sexe et l'âge du sujet ont également une grande importance : les femmes sont deux fois moins exposées au ramollissement que les hommes ; enfin, c'est surtout dans un âge avancé que se déclare la nécrobiose du cerveau.

Quant aux proposants qui ont eu une atteinte de ramollissement cérébral, il faut les refuser impitoyablement; il en est de même de ceux qui ont eu de l'aphasie ou de l'amnésie.

Il est indispensable de rechercher avec grand soin le plus léger signe susceptible de faire craindre l'apparition prochaine du ramollissement cérébral. Les maux de tête, le caractère morose et irritable, l'attendrissement facile, la fatigue cérébrale, la perte totale ou partielle de la mémoire des faits ou de la mémoire des mots (*amnésie verbale*), l'hésitation dans la parole, l'incertitude dans les mouvements, les secousses musculaires involontaires, sont tous des phénomènes qui surviennent dès le début de la maladie.

— C'est de 60 à 80 ans que s'observe le plus grand nombre de décès par ramollissement cérébral.

La mortalité annuelle du ramollissement cérébral est, en moyenne, de 21 décès pour une population de 100,000 habitants.

— Voir les articles : *Congestion cérébrale*, *Hémorrhagies cérébrales* et *Troubles de la parole*.

RATE

Voir les articles : *Hypertrophie de la rate* (pour les divers modes d'exploration de la rate) et *Leucémie*.

RAYNAUD (Maladie de)

Voir l'article : *Asphyxie locale des extrémités*.

RECTOCÈLE VAGINALE

OBSERVATIONS

La rectocèle, ou hernie du rectum dans le vagin, ne peut être une cause de refus, que si ses dimensions sont considérables ou si elle donne lieu à des accidents inflammatoires par rétention des matières.

Il est néanmoins indispensable que la rectocèle, pour être acceptée, soit convenablement et facilement maintenue par un pessaire à air.

RÉFLEXES

OBSERVATIONS

En clinique, on attache une grande valeur à l'exaltation ou à l'abolition des réflexes tendineux, et en particulier à celui du tendon rotulien.

Ce phénomène du réflexe tendineux permet souvent, en effet, de faire un diagnostic précoce.

L'exaltation s'observe dans le tabès dorsal spasmodique, la sclérose latérale amyotrophique, la sclérose en plaques, la paralysie et l'atrophie musculaire, la paraplégie cervicale par compression spinale antéro-postérieure, etc...

L'abolition est un signe presque certain d'ataxie locomotrice ; elle se voit aussi dans les paralysies cervicales par compression, périphérique des nerfs.

Le réflexe tendineux du genou s'obtient par le choc léger, soit avec le bord cubital de la main, soit avec un marteau à percussion, du tendon sous-rotulien, la cuisse étant préalablement soutenue par la main gauche placée sous le jarret. Il se produit alors un mouvement de va-et-vient de la jambe, dû à la contraction involontaire du triceps.

REINS

Voir les articles : *Albuminurie*, *Dégénérescences du*

rein, *Ectopie rénale*, *Lithiase urinaire*, *Néphrites*, *Urémie* et *Urine*.

RÉTENTION D'URINE

Voir l'article : *Troubles de la miction*.

RÉTINITES

OBSERVATIONS

Le médecin expert attaché à une compagnie d'assurances sur la vie doit savoir diagnostiquer les diverses rétinites, car il peut au moyen de l'examen ophtalmoscopique reconnaître l'albuminurie, le diabète, la syphilis ou une affection médullaire, etc...

La rétinite albuminurique qui est la plus fréquente, consiste en plaques blanches nacrées formant une aréole au nerf optique; souvent ces plaques sont mouchetées de petites hémorrhagies dues à l'hyperémie des vaisseaux rétiniens. On observe, enfin, auprès de la macula un semis de taches blanches, chatoyantes et étoilées presque pathognomoniques.

La rétinite syphilitique coexiste toujours avec des altérations de l'humeur vitrée et de la choroïde ; l'examen ophtalmoscopique en est donc très difficile. On observe une nébulosité formée par de nom-

breux corps flottants qui voilent la papille. A cette période, la papille est congestionnée ; plus tard, au contraire, elle est décolorée et ses vaisseaux sont amoindris. La maladie se termine avec tous les signes de l'atrophie du nerf optique.

La rétinite diabétique est exceptionnelle. Elle consiste en plaques blanches graisseuses, rares, disséminées sans ordre, c'est-à-dire n'entourant ni le nerf optique, ni la macula.

— Voir les articles : *Albuminurie*, *Amaurose*, *Choroïdite*, *Diabètes*, *Diplopie*, *Irido-choroïdite*, *Névro-rétinite* et *Syphilis*.

RÉTRÉCISSEMENT AORTIQUE

Voir l'article : *Lésions valvulaires*.

RÉTRÉCISSEMENT MITRAL

Voir l'article : *Lésions valvulaires*.

RÉTRÉCISSEMENTS DE L'ŒSOPHAGE

Voir l'article : *Œsophagisme*.

RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE

A recevoir avec réserves. — 1° Tout propo-

sant atteint d'un rétrécissement uréthral léger, ne nécessitant pas de soins spéciaux.

2° Tout proposant guéri d'un rétrécissement traité par la dilatation progressive, et continuant à se soigner.

A refuser. — 1° Tout proposant atteint d'un rétrécissement uréthral cicatriciel.

2° Tout proposant ayant eu un rétrécissement blennorrhagique traité par l'uréthrotomie et parfois même par la dilatation.

OBSERVATIONS

Les rétrécissements de l'urèthre ont une marche lente et progressive. Ils ne se guérissent jamais spontanément et ont une tendance excessive à récidiver. Aussi les compagnies doivent-elles être très réservées pour l'admission des rétrécis.

Les rétrécissements blennorrhagiques sont moins graves que les rétrécissements traumatiques, car ceux-ci arrivent beaucoup plus vite que ceux-là à un degré de coarctation très avancé.

Lorsqu'un proposant a subi l'uréthrotomie ou la dilatation progressive pour un rétrécissement uréthral il faut toujours s'opposer à l'assurance qu'il demande. Le médecin peut, cependant, faire quelques exceptions pour certains rétrécis guéris par la méthode de la dilatation; ceux, par exemple, dont le canal est assez large pour permettre l'introduction d'une bougie en gomme, n°s 22 ou 23, de la filière Charrière ou d'une

bougie métallique, n°s 45 ou 48, de Béniqué. Mais il est indispensable que ces malades continuent à se soigner, quoique guéris, pour éviter les récidives.

— Voir les articles : *Hypertrophie de la prostate*, *Troubles de la miction* et *Prostatite chronique*.

RHINOSCLÉROME

A refuser.

OBSERVATIONS

Cette affection, décrite par Hébra, consiste en une induration spéciale de la lèvre supérieure, du nez et de la muqueuse nasale.

Il est prudent de refuser les proposants qui en sont atteints bien qu'il s'agisse plutôt d'une difformité que d'une maladie.

Le rhinosclérome n'a aucune tendance à s'ulcérer ; mais il peut amener la mort par suffocation.

D'ailleurs, c'est une maladie fort rare. En France, on n'en a pas encore signalé de cas. Tous ceux qui sont connus ont été décrits par des médecins viennois.

RHUMATISMES

A recevoir. — 1° Tout proposant issu de parents

rhumatisants, s'il est sain et s'il a dépassé l'âge favorable au rhumatisme héréditaire, c'est-à-dire 30 à 35 ans.

2° Tout proposant issu de parents rhumatisants, légèrement arthritique et âgé de 50 ans.

3° Tout proposant, sans hérédité rhumatismale directe, âgé de préférence, ayant eu il y a au moins cinq ans, un seul accès de rhumatisme articulaire aigu ou subaigu, acquis, et guéri sans avoir laissé la moindre lésion viscérale.

4° Tout proposant atteint de nodosités d'Héberden, sans eomplications viscérales ni troubles sérieux de la nutrition retardée.

5° Tout proposant atteint de rhumatisme fibreux très léger, indépendant de toute complication.

6° Tout proposant ayant eu du lumbago, de la pleurodynie ou du torticolis.

7° Tout proposant guéri d'un accès de rhumatisme blennorrhagique.

A recevoir avec réserves. — 1° Tout proposant sain, issu de parents rhumatisants, âgé seulement de 20 à 30 ans.

2° Tout proposant issu de parents rhumatisants, légèrement arthritique et âgé de moins de 50 ans.

3° Tout proposant, sans hérédité rhumatismale directe, âgé de plus de 50 ans, légèrement arthritique, ayant eu un seul accès de rhumatisme articulaire aigu ou subaigu, acquis et guéri sans avoir laissé la moindre lésion cardiaque.

4° Tout proposant issu ou non de parents rhumatisants, âgé de plus de 50 ans, indemne d'arthri-

tisme, ayant eu deux accès de rhumatisme articulaire aigu ou subaigu, acquis et guéri sans avoir laissé la moindre lésion cardiaque.

5° Tout proposant, âgé de plus de 50 ans, guéri radicalement d'un accès unique de rhumatisme articulaire aigu compliqué d'accidents cérébraux, survenu dans son enfance.

6° Tout proposant, âgé de plus de 50 ans, guéri radicalement d'un accès unique de rhumatisme articulaire aigu, compliqué d'un épanchement pleurétique sans rétraction thoracique consécutive, survenu dans son enfance.

7° Tout proposant atteint de rhumatisme articulaire chronique partiel, non compliqué de troubles viscéraux ou d'accidents arthritiques.

8° Tout proposant atteint de rhumatisme chronique grave, indépendant de toute complication.

9° Tout proposant atteint de rhumatisme noueux, sans gravité apparente.

A refuser. — 1° Tout proposant issu de père et mère rhumatisants, âgé de 20 à 30 ans, indemne de rhumatisme, mais très entaché d'arthritisme et entouré de parents (frères, sœurs, oncles ou tantes) profondément rhumatisants ou gravement arthritiques.

2° Tout proposant ayant eu un seul accès de rhumatisme articulaire, sans complications viscérales, s'il est profondément arthritique, scrofuleux ou syphilitique.

3° Tout proposant arthritique, âgé de moins de

50 ans, issu ou non de parents rhumatisants, ayant eu deux accès de rhumatisme non compliqué d'accidents cardiaques.

4° Tout proposant ayant eu un accès de rhumatisme suivi d'une lésion cardiaque définitive.

5° Tout proposant, âgé de moins de 50 ans, ayant eu un seul accès de rhumatisme articulaire aigu, héréditaire ou acquis, compliqué d'accidents cérébraux ou pleurétiques, incomplètement disparu.

6° Tout proposant guéri ou non d'une chloro-anémie sérieuse, ayant eu un ou plusieurs accès de rhumatisme subaigu.

7° Tout proposant atteint de rhumatisme articulaire chronique partiel, compliqué de troubles viscéraux ou arthritiques sérieux.

8° Tout proposant atteint de nodosités d'Héberden compliquées d'une ou de plusieurs manifestations graves de la nutrition retardante (goutte, obésité, asthme profond, diabète, lithiase biliaire, etc...).

9° Tout proposant atteint de rhumatisme chronique fibreux, compliqué de lésions viscérales importantes.

10° Tout proposant gravement atteint de rhumatisme noueux, compliqué ou non.

11° Tout proposant très lymphatique, atteint de rhumatisme noueux, compliqué ou non.

12° Tout proposant ayant eu de fréquents accès de rhumatisme blennorrhagique, suivis de lésions articulaires indélébiles et graves.

OBSERVATIONS

Il importe, d'abord, de distinguer le rhumatisme articulaire aigu, type primordial de la diathèse rhumatismale, le rhumatisme chronique qui comprend divers formes (rhumatisme articulaire chronique partiel, nodosités d'Héberden, rhumatisme chronique fibreux de Jaccoud, rhumatisme musculaire), enfin les principales variétés de pseudo-rhumatisme (rhumatisme goutteux ou rhumatisme chronique progressif, pseudo-rhumatismes infectieux de l'érysipèle, de la dysenterie, des angines, de la scarlatine, de la variole, de la blennorrhagie et des fièvres puerpérales).

1° *Rhumatisme articulaire aigu.* — L'importance pathologique du rhumatisme articulaire aigu est considérable, d'abord à cause de l'influence que l'hérédité joue dans son étiologie, ensuite à cause de ses affinités avec toutes les maladies par ralentissement de la nutrition, étant lui-même une des plus hautes manifestations de l'arthritisme.

L'hérédité directe du rhumatisme articulaire aigu s'observe au moins dans la proportion de 34 p. 100.

Quant à l'hérédité dissemblable, elle se retrouve sous la forme de goutte, de gravelle, d'obésité, de lithiase biliaire, d'asthme, de migraine, de névralgies, de lumbago ou de manifestations cutanées diverses. Toutes ces maladies peuvent se rencontrer chez les rhumatisants ainsi que chez leurs ascendants ou leurs descendants.

Lorsqu'elles coexistent avec le rhumatisme articulaire aigu, elles donnent évidemment un cachet de gravité tout spécial à la diathèse rhumatismale.

Le rhumatisme articulaire aigu, héréditaire, se montre toujours de bonne heure, vers 15 ou 20 ans. Il récidive fréquemment, étant tout à fait entaché d'arthritisme.

Le rhumatisme articulaire aigu, acquis, survient à tout âge, mais généralement plus tard que le rhumatisme héréditaire. Il récidive moins souvent n'étant pas greffé sur un état arthritique constitutionnel aussi profond.

Quant aux récidives, elles sont généralement séparées par un intervalle de 3 à 5 ans, du moins pour la première et la seconde atteinte. Trois atteintes sont déjà rares, mais on peut en compter jusqu'à dix.

Un premier point à considérer en assurances sur la vie, c'est donc la nature du rhumatisme articulaire aigu ; il faut s'enquérir s'il est héréditaire ou acquis, le premier étant par essence, toutes choses égales d'ailleurs, beaucoup plus grave que le second.

C'est vers la trentième année, que le rhumatisme articulaire aigu est dans sa période la plus active : à partir de 40 ans, il devient de plus en plus rare ; passé 60 ans, il est tout à fait exceptionnel.

Le sexe n'a aucune influence sur son développement.

Il n'en est pas de même des professions ; le rhumatisme est la maladie des artisans par excellence, et principalement des cochers.

Le rhumatisme articulaire aigu s'observe dans tous les pays ; néanmoins, il serait presque inconnu à Guernesey, dans l'île de Wight, dans la Cornouailles, dans le canton de Bauraing en Belgique et dans le district de Jekaterinoslaw en Russie.

Le second point à considérer chez les rhumatisants, c'est l'existence d'une complication viscérale.

Les atteintes légères comme les plus graves, se compliquent souvent d'une lésion cardiaque ; il importe donc d'ausculter le cœur de tous les proposants qui ont été atteints de rhumatisme articulaire aigu.

Mais les rhumatisants ne sont pas exposés seulement à l'endocardite, ils peuvent aussi être atteints de complications inflammatoires de toutes les séreuses viscérales : du péricarde (péricardite), de la plèvre (pleurésie rhumatismale), des méninges (méningite rhumatismale), des gaînes tendineuses, etc... Toutes ces complications cessent généralement avec l'accès de rhumatisme qui les a produites ; le malade en meurt ou bien en garde relativement peu de traces.

Si un rhumatisant présente des traces de pleurésie, le médecin doit le faire refuser par la compagnie d'assurances sur la vie. Le refus s'impose également si le proposant a eu une péricardite ou des accidents cérébraux rhumatismaux, susceptibles de récidiver.

L'artério-sclérose est encore une complication du rhumatisme articulaire aigu, mais cette complication ne se déclare généralement qu'à un âge avancé Elle implique, bien entendu, le refus.

2° *Rhumatisme subaigu.* — Entre le rhumatisme articulaire aigu et les rhumatismes chroniques, se place une forme intermédiaire : le rhumatisme subaigu.

Les observations du rhumatisme articulaire aigu s'appliquent au rhumatisme subaigu; toutefois le rhumatisme subaigu menace moins directement la vie, car ses complications viscérales sont à la fois plus rares et moins graves.

Mais le rhumatisme subaigu a une marche lente et une forte tendance à devenir chronique.

En général, les compagnies peuvent être moins sévères pour l'acceptation des proposants qui ont été atteints de rhumatisme subaigu que pour ceux qui ont subi des attaques de rhumatisme articulaire aigu.

Malgré cela, le rhumatisme subaigu de la chlorose (*arthritis ex chlorosis*) doit donner lieu aux investigations les plus méticuleuses, car il récidive avec facilité et est très favorable aux exanthèmes congestifs et hémorrhagiques ainsi qu'aux complications cardiaques et pulmonaires ; il n'épargne même pas toujours les reins. En un mot, il amène la mort plus souvent que les autres rhumatismes subaigus ; il est donc prudent de le considérer comme une cause presque constante de refus.

3° *Rhumatismes chroniques.* — Les diverses formes du rhumatisme chronique ont un intérêt moindre que celles du rhumatisme articulaire aigu, au point de vue des assurances sur la vie ; l'hérédité directe et indirecte, quoique très manifeste, est moins vivace et l'évolution de la maladie est toujours lente.

D'autre part, le rhumatisme chronique est bien plus fréquent chez la femme (8 p. 100) que chez l'homme (1 à 2 p. 100). Enfin, c'est surtout dans un âge déjà avancé qu'on le rencontre : vers 40 et plutôt 60 ans. Or, les compagnies n'acceptent plus d'assurances sur la vie à partir de 60 ans.

Trois formes de rhumatisme chronique doivent être distinguées : le rhumatisme articulaire chronique partiel, les nodosités d'Héberden, et le rhumatisme chronique fibreux.

Le *rhumatisme articulaire chronique partiel*, représenté par le *morbus coxæ senilis*, n'atteint le plus souvent qu'une seule jointure, mais, en général, cette jointure est toujours sérieusement prise. Quant aux complications inflammatoires, elles sont les mêmes que celles qui s'observent dans le rhumatisme articulaire aigu, seulement elles sont rares ; les plus fréquentes sont l'asthme et quelques dermatoses.

Les *nodosités d'Héberden* ne peuvent être rattachées au rhumatisme articulaire aigu, que par l'intermédiaire du rhumatisme articulaire chronique partiel, avec lequel elles ont des relations évidentes. On ne voit guère les nodosités d'Héberden succéder au rhumatisme articulaire aigu.

Les nodosités d'Héberden ne déterminent jamais de complications viscérales et notamment de cardiopathies; mais elles coexistent souvent avec la migraine, la névralgie faciale, la sciatique, le lumbago et plus rarement avec les formes les plus sévères de la nutrition retardante : la goutte, le diabète, l'obésité, la lithiase biliaire, l'asthme, l'eczéma.

Le *rhumatisme chronique fibreux* ou l'arthro-périarthrite rhumatismale chronique se rattache à la fois au rhumatisme articulaire aigu et au rhumatisme chronique.

Il amène une inflammation des tissus péri-articulaires qui produit des déformations autour des jointures, surtout autour des petites articulations des mains.

Les complications viscérales et les cardiopathies sont possibles ; l'acceptation des proposants ne peut être autorisée que dans les cas légers et indemnes de toutes complications.

Quant aux *rhumatismes musculaires* (lumbago, pleurodynie, torticolis), leur existence seule ne contre-indique point l'acceptation des proposants.

4° *Pseudo-rhumatismes*. — Ces variétés de rhumatisme n'ont pas de relations proprement dites avec le rhumatisme articulaire aigu et chronique ; elles ne leur succèdent pas et ne coexistent pas avec eux. On ne trouve pas non plus de liens entre elles et les diverses maladies de la nutrition retardée, si ce n'est, exceptionnellement, avec la migraine, le lumbago et les névralgies.

Le *rhumatisme noueux* ou *goutteux*, véritable misère physiologique, est certainement constitutionnel et héréditaire ; c'est la scrofule qu'on trouve dans ses antécédents, et c'est la phtisie et l'albuminurie qui coexistent avec lui. Il atteint de préférence les petites jointures, mais il déforme parfois les grandes. Sa gravité habituelle nécessite le refus.

Viennent ensuite tous les *pseudo-rhumatismes* qui

s'observent *dans les maladies infectieuses* depuis l'érysipèle, les angines, la scarlatine, la variole, la blennorrhagie, jusqu'aux affections puerpérales.

Ces maladies peuvent s'accompagner d'inflammation des séreuses (endocarde, péricarde, plèvre), mais il n'y a point là de perturbation morbide rhumatismale, au sens vrai du mot. Ce fait a de l'importance au sujet de l'hérédité et par conséquent pour le médecin attaché à une compagnie d'assurances sur la vie.

Dans le *rhumatisme blennorrhagique*, il ne s'agit absolument que d'une arthrite infectieuse ; aussi la maladie n'a-t-elle aucun retentissement sur l'endocarde ou le péricarde.

Mais, à chaque nouvelle blennorrhagie, la maladie reprend pour disparaître avec elle, à moins qu'à la suite de nombreuses récidives, l'arthrite n'ait amené des lésions articulaires graves et même mortelles.

En général, les compagnies doivent accepter les proposants guéris d'un rhumatisme blennorrhagique; le refus est l'exception.

Ajoutons que la scrofule qui coexiste si souvent avec le rhumatisme noueux, peut se combiner avec toutes les autres formes de rhumatismes ; il en est de même de la syphilis.

Ce sont là des maladies constitutionnelles qui, loin de se repousser, s'associent volontiers pour constituer des états morbides complexes et des accidents sérieux.

— C'est de 35 à 55 ans que s'observe le plus grand nombre de décès par rhumatismes.

Il meurt, en moyenne, par an, 9 rhumatisants sur 100,000 habitants. Sur 100 rhumatisants adultes, des deux sexes, il en succombe environ 2 par an. Le chiffre des décès est à peu près le même pour l'homme et la femme ; il meurt cependant un peu plus de femmes que d'hommes.

RHUME

Voir l'article : *Bronchites chroniques*.

ROUGEOLE

OBSERVATIONS

Les sujets qui ont eu une atteinte de rougeole deviennent parfois tuberculeux. Il importe donc d'ausculter avec soin tous les proposants guéris d'une rougeole, surtout si cette rougeole date seulement de quelques années.

— Voir l'article : *Fièvres*.

RUPIA

A refuser.

OBSERVATIONS

Le rupia qui s'observe chez les gens âgés, non syphilitiques, est toujours l'indice d'une cachexie profonde.

Dans le cas de syphilis, il est le signe d'un profond empoisonnement.

S

SAIGNEMENTS DE NEZ

Voir l'article : *Epistaxis*.

SARCOCÈLE TUBERCULEUX

Voir l'article : *Orchites*.

SARCOMES

A refuser.

OBSERVATIONS

Toutes les variétés de sarcomes doivent être refusées par les compagnies d'assurances sur la vie : citons les tumeurs fibro-plastiques, les tumeurs embryonnaires, myéloïdes, globo-cellulaires, fuso-cellulaires, les tumeurs à myéloplaxes et à médullocèles, les plasmones.

Tous les sarcomes n'ont pas la même gravité ; on peut établir, comme règle générale, que le sarcome est d'autant plus grave que son organisation se rapproche davantage du tissu embryonnaire, et moins grave que son organisation est plus élevée.

Mais ce sont là des distinctions dans lesquelles il n'y a pas lieu d'entrer en matières d'assurances sur la vie.

— Voir l'article : *Tumeurs*.

SATURNISME

A recevoir. — Tout proposant guéri depuis longtemps d'une atteinte de saturnisme aigu, ne pouvant se renouveler par suite d'un changement de profession.

A recevoir avec réserves. — 1° Tout proposant guéri depuis longtemps, et sans cachexie consécutive, d'une atteinte de saturnisme ne pouvant se renouveler par suite d'un changement de profession.

2° Tout proposant sain, ayant un métier très exposé au saturnisme, notamment le métier de broyeur de céruse.

A refuser. — 1° Tout proposant incomplètement guéri de plusieurs atteintes de saturnisme grave ou léger.

2° Tout proposant atteint de saturnisme.

OBSERVATIONS

Le saturnisme est un empoisonnement grave qui, en principe, doit faire exclure de l'assurance tous les sujets qui en sont ou en ont été atteints.

L'influence professionnelle joue un rôle important dans son développement ; on doit en tenir le plus grand compte. Il faut citer : les ouvriers des mines de plomb, les étameurs, les lapidaires polisseurs de camées, les tisserands sur métiers à la Jacquart, les ouvriers des fabriques de plomb de chasse, les fondeurs de caractères d'imprimerie, les polisseurs de caractères, les imprimeurs, les ouvriers des fabriques de chromate de plomb, les passementiers qui préparent les mèches à briquet, les ouvriers des fabriques de minium et de mine orange, les cérusiers, les peintres, etc...

Mais la plupart de ces corps de métiers ne s'assurent généralement pas ; le saturnisme s'observe donc rarement en assurances sur la vie.

Si une seule atteinte de saturnisme aigu, caractérisée uniquement par des coliques avec ou sans liséré de Burton, peut être considérée comme bénigne, chez un sujet ayant changé de profession et se soumettant à une hygiène sévère, il en est autrement du saturnisme chronique, même avant sa période de cachexie.

Le médecin doit refuser tous les proposants qui présentent des troubles de la nutrition (haleine fétide,

liséré), de la sensibilité (coliques, crampes musculaires, encéphalopathie saturnine), ou de la motilité (tremblements, paralysies des extenseurs, atrophie musculaire).

L'hérédité de l'intoxication saturnine a une influence incontestable. Des observations démontrent qu'une femme empoisonnée par le plomb peut engendrer des enfants saturnins. Comme la mort est la règle dès les premiers jours de la vie, le saturnisme héréditaire n'a pas lieu d'intéresser les compagnies d'assurances sur la vie.

— Sur 100 malades adultes, des deux sexes, atteints d'empoisonnement saturnin, il en succombe environ 1 par an. Sur 100 hommes, on compte 1 décès annuel; sur 100 femmes, 2 décès.

— Voir les articles: *Coliques* et *Paralysie du nerf radial.*

SATYRIASIS

OBSERVATIONS

Le satyriasis peut faire diagnostiquer une ataxie au début et encore ignorée.

SCARLATINE

OBSERVATIONS

Lorsqu'un proposant déclare qu'il a été atteint de

scarlatine, il importe d'examiner soigneusement ses urines au point de vue d'une néphrite albumineuse consécutive.

Il faut aussi explorer toutes les séreuses viscérales et articulaires, car on sait que ce sont toujours les séreuses qui sont prises dans les complications scarlatineuses: pleurésie, rhumatisme, endocardite, etc...

Si le proposant est bon, la scarlatine dont il a été atteint doit être considérée comme un accident favorable, puisqu'elle le met à l'abri d'une récidive. Il en est de même pour les autres fièvres éruptives.

— Voir l'article: *Fièvres*.

SCIATIQUE

Voir l'article : *Névralgies*.

SCLÉRODERMIE

OBSERVATIONS

D'après les recherches les plus récentes, il faut ranger la sclérodermie dans la classe des trophonévroses.

La sclérodermie peut se guérir dans quelques cas; le plus souvent elle se prolonge des années et parfois elle dure indéfiniment. Il est exceptionnel de la voir déterminer des troubles fonctionnels.

Au point de vue des assurances sur la vie, elle doit être soumise aux mêmes règles que la trophonévrose.

La xérodermie pigmentée (variété douteuse de sclérodermie) nécessite, au contraire, le refus le plus absolu, car elle se termine habituellement par des ulcérations épithéliomateuses. D'ailleurs, le médecin ne peut guère avoir l'occasion de l'observer, d'abord parce qu'elle est très rare, ensuite parce qu'elle arrive dès l'enfance et amène la mort avant l'âge auquel on peut contracter une assurance sur la vie. — Voir l'article : *Paralysies* (trophonévrose faciale).

SCLÉROSES

Voir les articles *Maladie de Charcot* (pour la sclérose latérale amyotrophique) et *Myélites chroniques*.

SCOLIOSE

A recevoir. — Tout proposant atteint d'une scoliose légère à la première période.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant atteint d'une scoliose à la deuxième période, non compliquée d'accidents cardio-pulmonaires.

A refuser. — 1° Tout proposant atteint d'une

scoliose à la troisième période, avec torsion accentuée des vertèbres.

2° Tout proposant atteint de scoliose légère ou accentuée, compliquée d'accidents cardio-pulmonaires.

OBSERVATIONS

La scoliose ou l'inclinaison latérale du rachis, est la plus fréquente des déviations de cette partie du squelette.

Elle siège le plus souvent au niveau de la cinquième ou de la huitième vertèbre dorsale.

Son début remonte généralement à l'enfance ou à l'adolescence, à 8 ou 13 ans. Toutefois. elle peut se développer chez le vieillard, à partir de 50 ans.

Le sexe féminin y est bien plus exposé que le sexe masculin.

Dans la première enfance, la scoliose est due au rachitisme ; aussi l'inclinaison convexe se produit-elle indifféremment à droite ou à gauche.

Dans l'adolescence, elle reconnaît pour cause la faiblesse de constitution, la chlorose ou les attitudes vicieuses scolaires. Dans ce cas, l'inclinaison se fait presque toujours à droite.

Lorsque la scoliose est légère, c'est-à-dire lorsque l'épaule droite est simplement forte, par suite de la saillie de l'omoplate et de la hanche de ce côté, le proposant peut être accepté sans crainte par les compagnies d'assurances sur la vie.

Mais il y a péril, dès qu'il existe une rotation ou plutôt une torsion des vertèbres ; à partir de cette période, il se produit des troubles fonctionnels pulmonaires dus au rétrécissement de la cage thoracique et des troubles cardiaques causés par l'embarras apporté dans la petite circulation.

Cette torsion des vertèbres, qui se fait toujours du côté de la convexité de la courbure, entraîne en arrière les apophyses transverses et avec elles les côtes qui y sont liées ainsi qu'aux corps vertébraux.

Sur les côtés, les côtes sont comprimées les unes contre les autres et presque soudées; en avant, au contraire, elles sont bombées, et le sternum fait saillie. Cette disposition du squelette fait que le thorax n'a plus sa grande largeur dans le sens transversal, mais d'avant en arrière; il est aplati latéralement et allongé suivant le diamètre antéro-postérieur.

— Voir les articles : *Cyphose*, *Lordose* et *Rachitisme*.

SCORBUT

A recevoir. — Tout proposant radicalement guéri d'une légère atteinte de scorbut ne paraissant pas devoir se renouveler.

A refuser. — 1° Tout proposant ayant eu une atteinte de cachexie scorbutique, fût-elle guérie en apparence.

2° Tout proposant ayant eu une atteinte scorbutique légère ou grave, disparue au prix de traces indélébiles.

OBSERVATIONS

Dans la majorité des cas, le scorbut doit être considéré comme un antécédent fâcheux, nécessitant le refus des proposants.

Toutefois, lorsque le scorbut n'a pas atteint la période cachectique, sa gravité est considérablement amoindrie.

Mais le scorbut, sans être arrivé jusqu'à cette période ultime, laisse bien souvent des traces : douleurs névralgiques, faiblesse, atrophies musculaires, indurations de la région poplitée ou des muscles du mollet.

D'autre part, le scorbut laisse une prédisposition aux rechutes.

Ces diverses conditions sont évidemment peu favorables à l'acceptation des proposants.

Le médecin ne peut admettre que les proposants qui ont eu une légère atteinte scorbutique pendant une épidémie, par privation de végétaux frais : épidémies qui s'observent parfois sur les vaisseaux et dans les villes assiégées.

— Voir l'article : *Purpura*.

SCROFULOSE

A recevoir. — 1° Tout proposant issu de pa-

rents scrofuleux, s'il est sain et indemne de scrofulose.

2° Tout proposant radicalement guéri d'accidents scrofuleux bénins (avec ou sans cicatrices d'écrouelles), non héréditaires, survenus dans l'enfance.

3° Tout proposant radicalement guéri d'accidents scrofuleux bénins, non héréditaires, survenus dans l'enfance, l'adolescence ou l'âge mûr, à la condition que ces accidents aient été limités à la peau (lupus excepté) et aux ganglions sous-cutanés.

A recevoir avec réserves. — 1° Tout proposant âgé de 40 à 50 ans, radicalement guéri d'accidents scrofuleux héréditaires, survenus dans l'enfance.

2° Tout proposant, jeune ou âgé, issu de parents scrofuleux, indemne d'accidents scrofuleux mais présentant la complexion scrofuleuse.

A refuser. — 1° Tout proposant, jeune encore, atteint d'accidents de scrofulose héréditaire.

2° Tout proposant, en parfaite santé, ayant eu autrefois des accidents graves de scrofulose héréditaire ou acquise : adénopathies profondes, caries, tumeurs blanches, mal de Pott, etc...

3° Tout proposant atteint de manifestations scrofuleuses graves ou souvent répétées.

OBSERVATIONS

La scrofule joue un grand rôle dans la pathologie humaine.

Elle a une marche lente, mais elle laisse une empreinte indélébile à l'organisme, et présente une extrême gravité par suite des accidents souvent mortels qu'elle détermine.

La scrofule est une maladie de misère physiologique qui a de nombreux points d'identité avec la tuberculose.

L'hérédité a une influence marquée sur le développement de la scrofule; elle s'observe au moins dans le tiers des cas, surtout lorsqu'elle provient des deux parents à la fois ou alors du père seul plutôt que de la mère.

Tout sujet, issu de parents scrofuleux, n'est cependant pas fatalement voué à la scrofule.

D'autre part, la scrofule peut être héréditaire sans avoir existé chez les parents; beaucoup de sujets, en effet, naissent scrofuleux uniquement parce qu'ils sont issus d'un mariage entre consanguins, ou de parents affaiblis, soit par l'âge, soit par la cachexie tuberculeuse ou syphilitique.

La scrofule héréditaire se déclare toujours dès les premiers mois de la naissance; elle peut se montrer cependant jusque vers l'âge de 15 ans. Après cet âge, elle devient tout à fait rare.

La scrofule acquise débute, au contraire, après la première dentition, principalement entre 3 et 7 ans.

Comme la scrofulose héréditaire, elle survient rarement après la puberté; toutefois, elle peut apparaître exceptionnellement chez des sujets de 40 et même de 60 ans, n'ayant encore jamais eu le moindre accident héréditaire ou personnel.

Bien que la scrofule s'observe presque aussi souvent chez l'homme que chez la femme, il est certain que le sexe féminin y est un peu plus prédisposé.

En revanche, la femme est peut-être moins sujette aux formes graves que l'homme.

Au point de vue des assurances, il faut donc distinguer, tout d'abord, la scrofulose héréditaire et la scrofulose acquise, car la première est beaucoup plus grave que la seconde à l'exception de la scrofulose sénile.

En second lieu, il importe de s'enquérir de la gravité de la scrofulose présentée par le proposant.

Qu'un proposant soit de complexion scrofuleuse, qu'il ait même été atteint de manifestations scrofuleuses cutanées ou ganglionnaires superficielles (écrouelles), il n'y a pas lieu d'y attacher grande importance, car à l'âge où se contractent les assurances sur la vie, la diathèse tend à s'éteindre plutôt qu'à se réveiller.

Qu'un proposant, au contraire, ait présenté ou présente encore des traces de scrofulose des ganglions bronchiques ou mésentériques, des os ou des viscères, il doit être impitoyablement refusé.

La scrofule, en effet, tue non pas tant par épuisement général que par adénopathie bronchique (phtisie caséeuse), adénite mésentérique (carreau, péritonite tuberculeuse), altération amyloïde des reins ou du foie, méningite tuberculeuse, sarcocèle tuberculeux, ostéites, nécrose et carie (tumeurs blanches, abcès ossifluents, abcès froids et par congestion,

mal de Pott. etc...). C'est. d'ailleurs, le même motif qui rend la scrofule sénile si redoutable; elle ne donne généralement lieu à cet âge qu'à des manifestations graves.

En principe, on peut établir que la scrofule se manifeste, chez les enfants vers les yeux et les muqueuses, chez les adolescents vers les ganglions, et chez les adultes vers le tissu osseux.

Les scrofulides des ganglions sous-cutanés du cou (écrouelles) et des aisselles (abcès tubéreux ou hidrosadénites), celles des muqueuses (ophthalmies avec ou sans kératite, coryzas chroniques ulcéreux ou non avec ou sans ozène, amygdalites chroniques, vulvo-vaginites des petites filles, etc...) ne doivent pas être considérées comme susceptibles de faire refuser un proposant. Seule, parmi les scrofulides des muqueuses, l'otite chronique doit éveiller l'attention, car elle peut amener la perforation du tympan, la carie du rocher et des cellules mastoïdiennes avec ou sans accidents méningo-encéphaliques mortels.

L'eczéma, l'impétigo scrofuleux ne sont également pas des causes de refus. Le lupus, au contraire, ne doit jamais être accepté.

Ajoutons que la scrofule donne souvent un cachet de gravité tout spécial à certaines maladies, ou bien se réveille à leur occasion et de bénigne qu'elle était devient maligne.

La syphilis est au nombre de ces maladies : loin d'exclure la scrofule, elle s'associe volontiers à elle pour former une sorte de scrofulat de vérole toujours

grave pour l'une et l'autre diathèse. La même observation est applicable à la tuberculose.

Le médecin ne doit jamais négliger de rechercher la coexistence de ces diverses affections.

— La mortalité annuelle de la scrofule, est, en moyenne, de 4 décès pour une population de 100,000 habitants. Sur 100 scrofuleux adultes, des deux sexes, il en succombe environ 1 par an. Le chiffre des décès est le même pour l'homme et la femme.

— Voir les articles : *Abcès froids*, *Adénites chroniques*, *Carie*, *Nécrose*, etc...

SPERMATORRHÉE

A recevoir. — 1° Tout proposant atteint de spermatorrhée imaginaire.

2° Tout proposant atteint de spermatorrhée physiologique.

3° Tout proposant atteint de spermatorrhée par irritation locale bénigne des voies génito-urinaires.

4° Tout proposant atteint de spermatorrhée neurasthénique, si l'état neurasthénique est sans gravité.

A recevoir avec réserves. — 1° Tout proposant atteint de spermatorrhée par irritation locale modérée des voies génito-urinaires.

2° Tout proposant atteint de spermatorrhée neurasthénique intense.

A refuser. — Tout proposant atteint de sperma-

torrhée symptomatique d'une maladie du cerveau ou de la moelle.

OBSERVATIONS

Il ne peut être question ici que de la spermatorrhée pathologique, car la spermatorrhée physiologique n'est, en réalité, qu'un besoin de copulation et le résultat de la réplétion des vésicules séminales ; une véritable pléthore spermatique.

Cette variété, représentée par des pollutions nocturnes avec rêves érotiques ou par des pertes séminales survenant sous l'influence de la défécation ou de la miction, n'est que salutaire; les compagnies n'ont pas à s'en inquiéter.

Mais les descriptions qui ont été données de la spermatorrhée pathologique sont, en général, bien exagérées; bon nombre de symptômes qui ont été mis sur le compte de cette maladie, doivent, au contraire, être envisagés comme causes de la spermatorrhée.

La spermatorrhée pathologique comprend plusieurs variétés : la spermatorrhée par irritation locale du canal (cystite, prostatite, etc...), la spermatorrhée par irritation nerveuse (neurasthénie) et la spermatorrhée par lésion cérébro-spinale.

La première variété est presque toujours sans importance; la seconde est liée comme pronostic à la neurasthénie elle-même; la troisième étant l'indice d'une affection grave doit être indirectement considérée comme incompatible avec les assurances sur la vie.

Nous ne parlons pas des spermatorrhéiques imaginaires ; ils sont nombreux, mais il n'y a pas lieu d'attacher la moindre importance à leurs doléances.

SPHYGMOGRAPHIE

OBSERVATIONS

Le sphygmographe de Marey permet d'enregistrer le pouls avec ses qualités de fréquence, de régularité, d'intensité et de forme.

Pour les lésions du cœur et des gros vaisseaux, le tracé du pouls présente des caractères tout à fait particuliers. Il n'est pas douteux que le sphygmographe puisse rendre de précieux services au médecin expert d'une compagnie d'assurances sur la vie, dans les cas où il peut avoir besoin de contrôler ou d'établir un diagnostic incertain.

Le tracé du pouls normal donne d'abord une ligne verticale correspondant à l'afflux brusque du sang dans l'artère, puis un sommet produit par le léger temps d'arrêt qui sépare la distension artérielle de son retour à l'état normal, enfin, une ligne de descente oblique, brisée et présentant un ressaut. L'obliquité est due à ce que le retour de l'artère à ses dimensions normales se fait graduellement ; le ressaut tient à un léger temps d'arrêt occasionné par la difficulté que le sang éprouve à pénétrer dans le système

capillaire; ce temps d'arrêt, nommé *dicrotisme*, n'est appréciable au doigt que lorsqu'il est exagéré, comme dans la fièvre typhoïde.

Le tracé du pouls de l'artério-sclérose est caractérisé par une ligne d'ascension très courte, suivie d'un plateau horizontal très étendu et d'une ligne de descente très oblique, sans dicrotisme. Toutes ces particularités tiennent à la perte de l'élasticité artérielle.

Le tracé du pouls de l'insuffisance aortique est représenté par une ligne d'ascension verticale, très élevée, suivie d'une ligne de descente brusque formant un crochet très aigu à son sommet. La ligne ascensionnelle verticale est due à la brusquerie de l'expansion des artères, sous l'influence de l'ondée sanguine lancée par le ventricule hypertrophié; la chute brusque de la ligne de descente est la conséquence de la disparition subite de la pression artérielle, au moment où le sang vient à refluer dans le ventricule.

Le tracé du pouls de l'insuffisance mitrale est sans ampleur, très irrégulier et souvent dicrote.

Le tracé du pouls du rétrécissement aortique consiste en une ligne ascensionnelle courte. Il indique clairement que le sang éprouve une grande difficulté à pénétrer dans l'aorte.

Le tracé du pouls du rétrécissement mitral est petit et régulier.

SPINA-BIFIDA

A refuser.

OBSERVATIONS

Le spina-bifida ou l'hydrorachis n'est pour ainsi dire jamais observé par les médecins de compagnies d'assurances sur la vie, car cette affection amène le plus souvent la mort dès l'enfance.

Toutefois, dans des cas très rares, le kyste peut s'isoler. Il se produit une oblitération du pédicule et une atrophie de la tumeur, sous l'influence du développement de la peau et du tissu cellulo-graisseux sous-cutané.

Aussi a-t-on vu quelquefois des sujets de 30, 40 et même 50 ans, atteints de spina-bifida. Le refus de semblables proposants est obligatoire, cela ne fait aucun doute.

SPIROMÉTRIE

Voir l'article : *Poumons*.

SQUIRRHE

Voir les articles : *Cancer* et *Tumeurs*.

STAPHYLOMES

OBSERVATIONS

Le staphylome ne doit pas être considéré comme une cause de refus; mais le médecin doit prévenir la compagnie du danger qu'elle encourrait, si le proposant atteint de staphylome opaque se décidait à faire énucléer son œil.

Cette opération n'amène généralement pas la mort; néanmoins elle peut survenir.

STOMATITES

OBSERVATIONS

La stomatite mercurielle est la seule qui mérite d'attirer l'attention du médecin.

Son pronostic est entièrement subordonné au degré d'hydrargyrisme dont est atteint le malade.

— Voir l'article : *Hydrargyrisme*.

SUCRE

Voir l'article : *Diabètes*.

SYMPHYSE CARDIAQUE

Voir l'article : *Adhérences du péricarde.*

SYNCOPE

A recevoir. — 1° Tout proposant sujet à avoir des syncopes purement émotives.

2° Tout proposant ayant eu une syncope à l'occasion d'une hémorrhagie accidentelle (épistaxis, blessure, métrorrhagie, etc...).

3° Tout proposant ayant eu une syncope due à la présence de vers intestinaux.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant sujet à avoir des vertiges d'estomac à forme syncopale, causés par un abus de tabac, de café ou de thé.

A refuser. — Tout proposant sujet à avoir des syncopes symptomatiques d'une affection cardiaque, artérielle ou pulmonaire.

OBSERVATIONS

Lorsqu'un proposant déclare qu'il a eu autrefois ou qu'il a encore des syncopes, le médecin doit, avant tout, se préoccuper de l'état fonctionnel du cœur, des artères et du poumon.

Si l'un de ces appareils fonctionne mal, il est évidemment la cause des syncopes et l'assurance proposée doit être rejetée.

Si, au contraire, les syncopes sont d'origine purement nerveuse, le pronostic devient bénin. Il faut citer les syncopes de l'hystérie et celles qui se produisent sous l'influence d'une joie ou d'une terreur vive et subite, ou bien encore à l'aspect d'un objet impressionnant (sang, reptiles, rats, etc...). Ces syncopes ne surviennent assurément que chez les personnes très nerveuses, mais elles n'ont point, malgré cela, de caractère grave.

La syncope peut être aussi le résultat d'une hémorrhagie abondante ou prolongée. Si cette hémorrhagie est disparue depuis longtemps et si le sujet n'en ressent plus aucun malaise, il n'y a aucune espèce de danger à le laisser contracter une assurance sur la vie.

Il en est de même des syncopes qui peuvent survenir chez les sujets qui ont des vers intestinaux, ou qui sont prédisposés aux troubles digestifs.

Les syncopes du vertige stomacal et celles qui sont dues à l'abus du thé, du café ou du tabac, n'ont généralement point de gravité, à moins de circonstances spéciales.

Il faut ajouter, enfin, que les syncopes sont bien plus redoutables chez l'homme que chez la femme. L'impressionnabilité et le nervosisme de cette dernière l'y prédisposent singulièrement.

— Voir l'article : *Vertiges*.

SYNOVITES CHRONIQUES

A recevoir. — Tout proposant atteint d'un kyste synovial folliculaire, vulgairement appelé ganglion.

A recevoir avec réserves. — Tout proposant indemne de lymphatisme, opéré et guéri d'une synovite séreuse chronique.

A refuser. — 1° Tout proposant atteint de synovite séreuse chronique, avec ou sans grains riziformes.

2° Tout proposant lymphatique ou scrofuleux, opéré d'une synovite fongueuse.

3° Tout proposant atteint de synovite fongueuse.

OBSERVATIONS

Les synovites ou ténosites chroniques comprennent deux variétés : la synovite séreuse chronique avec ou sans grains riziformes, et la synovite fongueuse.

La synovite séreuse est grave, car elle peut s'enflammer, amener des accidents de phlegmon diffus ou se transformer en synovite fongueuse si le sujet est lymphatique. L'opération, enfin, n'est pas sans gravité.

La synovite fongueuse étant, dans l'immense majorité des cas, tuberculeuse, est absolument incompatible avec les assurances sur la vie. Elle récidive

souvent, alors même qu'elle a été extirpée en entier puis considérée comme guérie.

Quant au kyste synovial folliculaire, nommé encore ganglion, il n'est jamais une cause de refus pour les proposants. mais il faut bien se garder de le confondre avec la synovite.

SYPHILIS

A recevoir. — 1° Tout proposant sain, issu de parents syphilitiques.

2° Tout proposant, ancien syphilitique, n'ayant jamais eu que des manifestations cutanées et muqueuses, ou des syphilides bénignes de l'œil (iritis), du testicule (sarcocèle) et des os (périostite résolutive) parfaitement soignées en temps voulu, guéries sous l'influence du traitement et disparues depuis au moins trois années.

3° Tout proposant atteint d'une syphilis récente, s'il paraît avoir une bonne santé générale, s'il se soigne convenablement et si l'infection dont il est imprégné semble légère, c'est-à-dire ne s'est révélée jusqu'alors que par un chancre bénin et par des manifestations secondaires superficielles et rares (roséole non étendue à la face et aux extrémités, plaques muqueuses insignifiantes).

A recevoir avec réserves. — 1° Tout proposant, ancien syphilitique, ayant eu des accidents très sérieux sans être cependant vraiment graves,

parfaitement soignés en temps voulu, guéris sous l'influence du traitement et disparus depuis au moins trois années.

2° Tout proposant scrofuleux, arthritique ou impaludique, atteint d'une syphilis récente ou ancienne, s'il se soigne convenablement et si l'infection dont il est imprégné ne semble pas devoir prendre de caractère alarmant ou retentir d'une façon fâcheuse sur sa santé générale déjà médiocre.

3° Tout proposant, très vieux syphilitique, ayant eu, il y a au moins vingt à quarante ans, des accidents tertiaires graves ou non, radicalement guéris et ne paraissant pas devoir se reproduire.

A refuser. — 1° Tout proposant syphilitique ayant ou ayant eu des accidents graves, précoces ou non: syphilis dénutritive secondaire profonde, syphilides ulcéreuses et phagédéniques, accidents tertiaires hépatiques, rénaux et surtout cérébraux.

2° Tout proposant alcoolique, arthritique, scrofuleux, tuberculeux ou impaludique, atteint d'une syphilis ancienne ou récente ayant retenti d'une façon fâcheuse sur la santé générale ou ayant provoqué des accidents diathésiques scrofulo-tuberculeux, alcooliques, nerveux ou autres.

OBSERVATIONS

Les compagnies d'assurances sur la vie doivent se préoccuper vivement de la syphilis, à cause de ses

conséquences héréditaires et surtout de son pronostic d'avenir.

L'hérédité de la syphilis est toute-puissante.

Elle se manifeste presque toujours sous le mode homologue et se déclare dès les premiers mois de la vie ; il est exceptionnel de la voir survenir au cours de la seconde enfance, de l'adolescence ou de l'âge adulte.

L'hérédité suivant le mode indirect est rare et encore discutable ; ainsi l'opinion de Parrot, qui veut que le rachitisme soit toujours la conséquence de la syphilis héréditaire, n'est pas admise par la majorité des médecins. Il en est de même de la théorie du professeur Fournier au sujet de l'ataxie locomotrice.

L'hérédo-syphilis commune, non tardive, est toujours viscérale, par suite très grave et presque constamment mortelle.

L'hérédo-syphilis tardive, est également grave et le plus souvent viscérale; elle se manifeste, par exemple, sous la forme d'une néphrite albumineuse dont la cause est bien souvent ignorée.

De ces faits, il résulte que l'hérédité de la syphilis, si importante en clinique, perd un peu de sa valeur au point de vue des assurances, puisqu'elle se montre presque toujours dès la naissance et que les cas tardifs restent bien souvent méconnus.

Neuf fois sur dix, il ne peut plus être question de la syphilis héréditaire à l'âge où les compagnies commencent à accepter les assurances.

Le médecin expert d'une compagnie doit, au

contraire, chercher à apprécier le degré de gravité des manifestations syphilitiques du proposant, et surtout le danger que la diathèse dont il est atteint présente pour l'avenir.

Le *pronostic des accidents actuels* est, en général, facile à apprécier.

Les accidents primaires (chancre et adénopathie) ne présentent aucun danger par eux-mêmes.

Les accidents secondaires (syphilides muqueuses et cutanées) sont également sans gravité, quelque multipliés et terribles qu'ils soient. Quelques-uns cependant, doivent être considérés comme graves ; ce sont les avortements fréquents et surtout les troubles de dénutrition et de cachexie.

Les accidents tertiaires (lésions ulcéreuses destructives, ou viscérales) forment à eux seuls tout le danger de la syphilis.

Il est donc indispensable que le médecin interroge tous les proposants syphilitiques sur le début de leur maladie. De ce début, en effet, il peut conclure approximativement à l'apparition future des autres manifestations. C'est environ vers le quarante-cinquième jour après le début du chancre que surviennent les accidents secondaires, et vers la troisième ou quatrième année que se produisent les accidents tertiaires; ceux-ci peuvent se renouveler indéfiniment, au bout de dix ans comme au bout de cinquante ans ; ceux-là, au contraire, ne s'étendent pas au delà de la cinquième année.

Quant au *pronostic d'avenir*, le plus important à connaître puisqu'il repose sur l'éventualité tertiaire,

il est impossible de rien formuler de précis à son sujet, car il présente une part d'inconnu considérable.

L'origine de la syphilis (transmission sévère par le chancre, ou transmission moins grave par les accidents secondaires) n'a aucune valeur pronostique. Il en est de même pour la bénignité ou la gravité du chancre et des accidents secondaires. Le pronostic des accidents présentés par la vérole, au début, ne permet, dans aucun cas, de prévoir celui des accidents futurs.

La nature du traitement suivi par le malade, sa durée et son efficacité, les soins hygiéniques habituels, l'état de la santé générale, sont les seuls points qui aient une réelle valeur pronostique et permettent au médecin de juger de l'avenir d'une syphilis.

Il y a 95 chances sur 100 de ne voir survenir aucun accident grave dans le présent ou l'avenir, si le sujet atteint de syphilis est jeune, vigoureux, issu de parents sains et de bonne santé générale antérieure : s'il a suivi le traitement spécifique avec succès et si son hygiène est bonne, exempte de surmenage, de misère et d'excès, surtout d'excès alcooliques.

Il y a, au contraire, toutes probabilités pour qu'il survienne des accidents graves de tertiarisme dans un avenir plus ou moins rapproché, si le sujet atteint de syphilis est chétif, nerveux, lymphatique, issu de parents délicats et de mauvaise santé générale antérieure : s'il a mal observé les règles du traitement spécifique ou si celui-ci n'a pas eu d'in-

fluence curative, et si son hygiène est défectueuse par suite de surmenage, de misère, de privations, d'excès et d'alcoolisme, etc...

A ces principaux facteurs de gravité pour la syphilis, il faut ajouter l'influence exercée par le sexe, l'âge du sujet, sa constitution et les tares organiques.

Il n'est pas douteux que la vérole soit toujours plus sérieuse (accidents nerveux et splanchniques) chez la femme que chez l'homme, en raison de la délicatesse de sa constitution.

La vérole, en outre, est toujours grave aux deux périodes extrêmes de la vie : chez les vieillards à partir de 50 et surtout de 60 ans, et chez les adolescents hommes et surtout femmes, mûris avant l'âge par une débauche prématurée. Dans ces conditions, la syphilis revêt dès l'apparition du chancre une tendance maligne, caractérisée par du phagédénisme, des éruptions profuses et généralisées, une disposition aux accidents tertiaires, de la dénutrition et de la cachexie qui abrège bien souvent la vie du sujet.

Quant aux maladies ou aux prédispositions morbides du sujet contaminé, leur influence est tout à fait néfaste. On peut affirmer que la vérole est toujours aggravée par les états diathésiques préexistants, qu'elle peut en réveiller les manifestations, qu'elle peut même faire naître ceux qui n'étaient encore qu'à l'état latent : le nervosisme, la scrofule et la tuberculose.

L'impaludisme et l'alcoolisme ne peuvent évidemment pas apparaître sous l'influence de la syphilis,

mais leur coexistence est une complication des plus défavorables pour le pronostic.

La syphilis, enfin, devient souvent le point de départ de l'ataxie locomotrice.

Sur 100 syphilitiques il y en a au moins 5 et au plus 20 qui arrivent au *tertiarisme;* ce chiffre est important à connaître, puisque le tertiarisme constitue tout le danger de la syphilis.

Les accidents tertiaires de la peau, des muqueuses et du tissu cellulaire sous-cutané (gommes) sont de beaucoup les plus précoces et les plus fréquents; ils s'observent environ dans la moitié des cas. Ce ne sont pas les plus graves.

Les syphiloses du cerveau viennent ensuite pour la fréquence. De tous les accidents tertiaires ce sont de beaucoup les plus graves; la mort est leur terminaison habituelle. Le médecin doit donc rechercher les moindres phénomènes nerveux chez les syphilitiques; la diplopie, les céphalées violentes et répétées, les paralysies locales, surtout celles de la face, les convulsions épileptiformes partielles, l'aphasie, sont autant de signes morbides qui doivent lui faire redouter la présence d'une syphilose cérébrale.

Les syphiloses osseuses sont bien moins communes. La carie des os du nez est à peu près la seule qui s'observe aujourd'hui; elle survient, en général, dans les quatre années consécutives au chancre.

Quant aux autres syphiloses, elles sont assez peu fréquentes et très tardives. Il faut citer d'abord la syphilis du rein, puis celle du foie, du poumon et du cœur.

En résumé, on doit considérer que la *syphilis est bénigne* lorsque les accidents secondaires sont rares et plus courts que les intervalles de santé, et lorsque la diathèse s'est éteinte avant d'être arrivée au tertiarisme; qu'au contraire, la *syphilis est grave* lorsque les accidents secondaires sont nombreux, rapprochés ou subintrants (syphilis continue), lorsque l'évolution de la diathèse ne se fait pas méthodiquement, hiérarchiquement, suivant ses trois étapes habituelles (syphilis maligne, précoce, avec empiètement de la période tertiaire sur la période secondaire), lorsque l'état général du sujet est profondément altéré (syphilis dénutritive secondaire, cachexie syphilitique), lorsque le traitement spécifique cesse d'être curateur, lorsque enfin la syphilis se manifeste par des accidents tertiaires.

Ajoutons, enfin, que le pronostic est d'autant plus sombre que les accidents graves sont plus récents. Après 20, 30 ou 40 ans de santé parfaite, on peut considérer ces accidents comme éteints et admissibles par les compagnies d'assurances; après quelques années seulement, ils doivent être un motif constant de refus.

— La mortalité annuelle de la syphilis est, en moyenne, de 12 décès pour une population de 100,000 habitants.

T

TABAGISME

A recevoir. — Tout proposant, fumeur, n'ayant jamais éprouvé le moindre trouble digestif et surtout cardiaque.

A recevoir avec réserves. — 1° Tout proposant, fumeur, ayant eu du psoriasis lingual léger.

2° Tout proposant, fumeur, sujet à des palpitations et à des intermittenees, mais non atteint de lésion eardiaque.

A refuser. — Tout proposant, fumeur, ayant eu des douleurs vagues d'angine de poitrine.

OBSERVATIONS

L'abus du tabae a une influence marquée sur les fonctions digestives et surtout sur les fonetions cardio-aortiques ; il amène des vertiges, des palpitations, des intermittences, de l'aortite aiguë et des accès d'angine de poitrine.

En Espagne, où on fume beaueoup, la mortalité par affeetions eardio-aortiques est beaueoup plus grande qu'en Franee.

Cl. Bernard a démontré que la nicotine déterminait le spasme de tous les vaisseaux ; or, le plus léger spasme des coronaires peut entraîner la mort par ischémie cardiaque. Les phénomènes angineux tabagiques sont donc très graves. Les palpitations et les intermittences cardiaques sont moins dangereuses, aussi les proposants qui en sont atteints peuvent-ils être admis par les compagnies, surtout s'ils renoncent à fumer, serment plus facile à tenir que celui des ivrognes.

Les accidents qui relèvent du tabagisme disparaissent très vite après la suppression du tabac, mais ils reviennent rapidement si le sujet recommence à fumer.

Quant aux troubles digestifs d'origine tabagique, ils n'ont guère d'intérêt. Seul, le psoriasis lingual, qui survient parfois chez les grands fumeurs, doit nécessiter des réserves sérieuses de la part du médecin expert, car il est souvent le prélude de l'épithélioma lingual des fumeurs.

— Voir les articles : *Angine de poitrine*, *Intermittences* et *Palpitations*.

TABÈS

Voir les articles : *Ataxie locomotrice*, *Maladie de Friedreich* et *Myélites chroniques*.

TÆNIAS

Voir l'article : *Entozoaires*.

TEMPÉRAMENTS

OBSERVATIONS

On distingue quatre variétés : les tempéraments sanguin, bilieux, nerveux et lymphatique.

Le tempérament, c'est tout ce qui concerne les variations individuelles dans l'intensité des métamorphoses de la matière vivante. Il est donné par la naissance, il se modifie par l'âge et peut être transformé par la maladie et par l'hygiène.

Au point de vue des assurances sur la vie, son importance est tout à fait relative. Le tempérament représente une indication et rien de plus.

On peut dire, d'une manière vague, que le tempérament sanguin prédispose aux phlegmasies et aux hémorrhagies; le tempérament bilieux, aux troubles digestifs et surtout hépatiques; le tempérament nerveux, aux névropathies (hystérie, névralgies, palpitations, etc...) et le tempérament lymphatique, aux affections chroniques, notamment à la scrofule, à la tuberculose, au rachitisme et à toutes les affections catarrhales chroniques.

TÉNESME

Voir l'article : *Troubles de la miction*.

TÉNOSITES CHRONIQUES

Voir l'article : *Synovites*.

TESTICULE

Voir les articles : *Orchites*, *Tumeurs* et *Varicocèle*.

TÉTANIE

A recevoir. — Tout proposant atteint de tétanie limitée aux extrémités.

A refuser. — Tout proposant atteint de tétanie envahissante.

OBSERVATIONS

La tétanie ou contracture essentielle des extrémités est une affection rare.

Elle s'observe de préférence chez les jeunes enfants; mais on la rencontre souvent aussi chez les jeunes gens de 17 à 25 ans, ainsi que chez les femmes en couches et les nourrices.

En dehors de ces deux circonstances, elle est exceptionnelle chez les adultes.

La tétanie peut être primitive, c'est-à-dire causée directement par le froid; le plus souvent elle est secondaire. Le typhus, le rhumatisme articulaire aigu, le mal de Bright, la dilatation de l'estomac sont ses causes principales.

Lorsqu'elle est primitive, elle ne peut être un motif de refus pour les proposants que dans les cas où elle s'étend jusqu'aux muscles de la mâchoire et du

tronc. La tétanie envahissante ressemble fort au tétanos et peut tuer par contracture du diaphragme. La tétanille, au contraire, limitée aux extrémités, trouble à peine la santé malgré la fréquence de ses récidives.

TÉTANOS

A refuser.

OBSERVATIONS

Comme le tétanos tue presque tous les sujets qu'il atteint, le médecin ne peut que très exceptionnellement être appelé à examiner un proposant se déclarant guéri d'une atteinte de tétanos.

Le tétanos spontané, *a frigore*, est à peu près le seul qui puisse se guérir. Il nécessite toujours le refus, car il récidive avec une extrême facilité. Enfin, on sait qu'actuellement on admet que le tétanos a une origine infectieuse équino-tellurique.

THÉISME

A recevoir.

OBSERVATIONS

Les accidents produits par l'abus du thé sont toujours des accidents nerveux cardio-pulmonaires. Ils ne s'observent guère que chez les dégustateurs de

thé à Londres, et ne nécessitent pour ainsi dire jamais le refus.

Les lésions cardio-pulmonaires sont très rares.

Enfin, tout sujet intoxiqué, n'a qu'à cesser l'usage du thé pour voir disparaître les accidents dont il souffre.

THOMSEN (Maladie de)

OBSERVATIONS

La maladie de Thomsen est caractérisée par des contractures qui se produisent dans les membres au moment où l'on veut exécuter un mouvement volontaire. Cette rigidité ne dure que quelques secondes; aussitôt après, le mouvement redevient possible.

L'hérédité, suivant le mode homologue, joue un grand rôle dans son développement; on peut l'observer directement à travers plusieurs générations. La maladie de Thomsen est une véritable maladie de famille.

L'hérédité dissemblable est également très fréquente; il n'est pas douteux que cette maladie ait des liens communs avec les diverses psychopathies, notamment avec l'épilepsie et la paralysie pseudo-hypertrophique.

Le maladie de Thomsen ne peut pas être regardée comme grave, cependant elle ne rétrocède jamais.

THORAX

Voir les articles : *Asthme*, *Cyphose*, *Emphysème pulmonaire*, *Lordose*, *Pleurésies*, *Poitrine*, *Poumons*, *Rachitisme*, *Scoliose* et *Tuberculose*.

THROMBOSES

Voir les articles : *Cachexie*, *Cancer*, *Chloro-anémie*, *Phlébite*, *Phlegmatia*, *Ramollissement* et *Tuberculose*.

TOPHUS

Voir l'article : *Goutte*.

TREMBLEMENTS

OBSERVATIONS

Les tremblements prêtent à de nombreuses considérations, en pathologie générale. Au point de vue des assurances sur la vie, leur rôle est tout aussi important.

Les tremblements s'observent dans une foule de maladies : dans presque toutes les intoxications (alcool, mercure, arsenic, plomb, tabac, thé, café, opium, etc...), dans certaines lésions organiques des centres nerveux (sclérose en plaques, maladie de

Parkinson, paralysie générale, etc...), enfin dans l'affaiblissement (émotions violentes, sénilité, exeès vénériens, etc...).

Le tremblement de la sclérose en plaques ne se manifeste qu'à l'occasion des mouvements intentionnels d'une certaine étendue; il cesse au repos complet. Les oscillations sont d'abord peu accusées, mais elles augmentent à mesure que le mouvement intentionnel évolue.

Le tremblement de la maladie de Parkinson se compose d'oscillations rythmiques de petite étendue et de courte durée. La main et les doigts tremblent, mais la main a une attitude spéciale ; le pouce est appuyé sur la pulpe de l'index comme dans l'acte de rouler une boulette de mie de pain. Ce tremblement est continu et persiste en dehors de tout mouvement volontaire ; pendant les mouvements intentionnels, il augmente à peine. La tête est toujours respectée.

Le tremblement sénile ressemble, en ce qui concerne les doigts, au tremblement de la maladie de Parkinson ; mais la tête, fait caractéristique, oscille involontairement dans le sens horizontal (geste : *non*) ou le sens vertical (geste : *oui*).

Le tremblement alcoolique est un tremblement rapide.

Les mouvements choréiformes donnent lieu à de grands gestes à fort rayon, contradictoires et illogiques.

— Voir les articles : *Alcoolisme*, *Arsénicisme*, *Maladie de Basedow*, *Chorée*, *Maladie de Huntington*, *Hydrargyrisme*, *Myélites chroniques*, *Para-*

lysie générale, *Maladie de Parkinson* et *Saturnisme*.

TRÉPIDATION

OBSERVATIONS

En redressant fortement la pointe du pied, on détermine dans le membre inférieur une trépidation qui peut persister quand le pied, abandonné à lui-même, a repris son attitude primitive.

Cette trépidation s'observe dans l'hystérie, la sclérose des cordons latéraux, la sclérose en plaques, la sclérose descendante, etc...; elle a une réelle valeur diagnostique.

TRICHINOSE

OBSERVATIONS

La trichinose aiguë n'est pas compatible avec les assurances sur la vie.

La trichinose guérie depuis quelques années peut être acceptée, si la santé générale du sujet est irréprochable mais il est nécessaire que le médecin formule quelques réserves, en raison des accidents que peuvent faire naître les nombreux vers restés enkystés.

TROPHONÉVROSE

Voir l'article : *Paralysies*.

TUBERCULOSE

A recevoir. — Tout proposant issu de père phtisique et de mère saine, s'il est âgé au moins de 40 ans et vigoureux.

A recevoir avec réserves. — 1° Tout proposant issu de père ou de mère phtisique; âgé de 20 à 25 ans s'il est vigoureux et au moins de 40 ans s'il est délicat.

2° Tout proposant issu de père et de mère phtisiques, s'il est âgé au moins de 40 ans et vigoureux.

3° Tout proposant âgé au moins de 40 ans, issu d'un mariage entre consanguins, si l'un de ses parents a été atteint d'une manifestation scrofulo-tuberculeuse quelconque.

4° Tout proposant sain, âgé au moins de 40 ans. issu de père et de mère non tuberculeux, mais entouré de parents (frères, sœurs, oncles, tantes ou enfants) atteints de phtisie.

5° Tout proposant sain, mais prédisposé à la tuberculose par ses antécédents héréditaires (parents scrofuleux, diabétiques ou bronchitiques, etc...).

6° Tout proposant sain, mais prédisposé à la tuberculose par sa profession ou son entourage (cohabitation entre époux, etc...).

7° Tout proposant sain, mais prédisposé à la tuberculose par misère physiologique, manque d'air ou de nourriture, par débilitation consécutive à des excès ou à des maladies chroniques (bronchites

répétées, scrofule, syphilis, grossesses fréquentes, allaitement prolongé, etc...).

8° Tout proposant sain ayant un périmètre thoracique trop faible ou une capacité respiratoire insuffisante.

A refuser. — 1° Tout proposant issu de mère phtisique et de père sain, s'il est âgé de moins de 40 ans et délicat.

2° Tout proposant issu de père et de mère phtisiques, s'il n'est âgé que de 20 à 35 ans.

3° Tout proposant, âgé seulement de 20 à 35 ans, issu d'un mariage entre consanguins, si l'un de ses parents a été atteint d'une manifestation scrofulo-tuberculeuse quelconque.

4° Tout proposant sain, âgé seulement de 20 à 35 ans, issu de père et de mère non tuberculeux, mais entouré de parents (frères, sœurs, oncles, tantes ou enfants) atteints de phtisie.

5° Toute femme délicate et maigre, non tuberculeuse, mais prédisposée aux bronchites et mariée à un phtisique ou vivant dans un appartement, atelier ou magasin habité par un phtisique.

6° Tout proposant sain paraissant pouvoir devenir tuberculeux.

7° Tout proposant atteint de tuberculose.

OBSERVATIONS

La tuberculose en général, et spécialement la tuberculose pulmonaire, vient en première ligne

parmi les causes de mortalité ; elle figure au moins pour un quart ou un cinquième dans les décès généraux annuels.

L'hérédité joue un rôle considérable dans son développement; de même, la contagion.

Au point de vue des assurances sur la vie, le médecin doit donc rechercher méticuleusement les moindres traces de tuberculose chez les ascendants et les descendants des proposants qu'il est chargé d'examiner ; il doit les rechercher aussi chez les personnes de leur entourage, s'informer, par exemple, si l'un des époux est phtisique ou fréquente quotidiennement des phtisiques, etc...

En un mot, le médecin expert doit s'efforcer de prévoir la tuberculose et d'en faire le diagnostic précoce ; s'il n'a, en effet, presque aucun mérite à reconnaître la tuberculose confirmée et à plus forte raison la phtisie, il est certain, au contraire, qu'il fait œuvre doublement méritoire s'il sait découvrir les candidats à la tuberculose et les tuberculeux encore sains en apparence. Il permet aux malades de pouvoir se guérir d'une affection à peine commencée et il évite à la compagnie un sinistre fatal.

D'après Louis, la tuberculose serait héréditaire 1 fois sur 10 ; d'après Cornil et Hérard, 1 fois sur 5 ; d'après Mill et Cotton, 1 fois sur 2, etc... Pratiquement, il faut considérer que l'hérédité de la tuberculo-bacillose peut être invoquée dans la plus grande majorité des cas, à la condition qu'elle ne soit pas limitée à la forme pulmonaire.

L'hérédité maternelle est plus vivace que l'héré-

dité paternelle ; quelques auteurs pensent que celle-ci se manifeste surtout chez les filles et celle-là chez les garçons. Lorsque l'hérédité relève à la fois du père et de la mère, elle est presque fatale ; il en est de même lorsqu'un seul des époux présente des traces de scrofulo-tuberculose, s'il a fait un mariage consanguin.

L'enfant issu de parents phtisiques, ne naît pas tuberculeux, mais présente une prédisposition à la tuberculose. Enfin, lorsque dans un ménage il existe plusieurs enfants, tous peuvent devenir tuberculeux, mais il n'est pas rare de voir que ce sont les derniers nés qui succombent les premiers.

Chez l'enfant, la tuberculose héréditaire atteint les séreuses (méningite tuberculeuse, tuberculose abdominale) ou se manifeste sous la forme de scrofule.

Chez l'adolescent et l'adulte, elle s'observe presque exclusivement sur les organes respiratoires (tuberculose pulmonaire).

Chez le vieillard, elle devient assez rare.

L'hérédité de la tuberculose n'est donc à craindre, en ce qui concerne les assurances sur la vie, qu'entre 25 et 40 ans. Le sexe féminin y est bien plus exposé que le sexe masculin.

Dans la recherche de la tuberculose héréditaire il faut pousser les investigations non seulement du côté du père et de la mère, mais aussi du côté des grands parents, des frères et sœurs, des oncles et tantes, ainsi que des descendants. Il faut, enfin, savoir la diagnostiquer dans ses manifestations les plus légères ou les plus éloignées : maladies du

larynx, rhumes (dits négligés) ayant déterminé à un moment donné une pleurésie ou une pneumonie ; ces maladies tuberculeuses ou prétuberculeuses, se guérissent le plus souvent sans conséquences ultérieures pour les malades, mais leur laissent une marque indélébile qui se transmet fatalement à leurs descendants.

L'hérédité de la phtisie n'est pas toujours directe ; certaines maladies similaires ont, en effet, une influence phtisiogène considérable : la scrofule, considérée par bien des médecins comme une seule maladie avec la tuberculose, puis certaines lésions broncho-pulmonaires prétuberculeuses et enfin le diabète.

Quinquaud a trouvé qu'il y avait 10 hommes scrofuleux sur 30 tuberculeux et 10 femmes scrofuleuses sur 17 tuberculeuses.

La scrofule conduit donc à la tuberculose et réciproquement. Le médecin expert ne doit jamais oublier de s'informer si les ascendants du proposant qu'il a à examiner n'ont pas présenté à une époque quelconque de leur existence des accidents scrofuleux, comme une altération des os, des adénites cervicales suppurées ou non, un lupus, etc...

Quant au diabète sucré, il se termine par la phtisie, 43 fois sur 100 environ. Il est certain aussi que les diabétiques engendrent fréquemment des phtisiques et réciproquement.

Après l'examen de l'hérédité, il convient de poursuivre l'enquête médicale par celui du milieu social, de la profession et du genre de vie de la personne à assurer.

S'il s'agit d'une personne mariée, il faut s'enquérir de la santé du conjoint, car. en raison de sa nature parasitaire, la tuberculose peut se transmettre d'un époux à l'autre, surtout de l'homme à la femme. Les compagnies doivent se montrer très difficiles pour l'acceptation d'une femme chétive, mariée à un phtisique.

En ce qui concerne la profession du proposant, il faut d'abord savoir si elle est nuisible par elle-même (professions sédentaires, professions qui exposent aux poussières irritantes minérales, animales ou végétales), ensuite, si elle l'oblige à vivre en commun avec un certain nombre de personnes parmi lesquelles il peut y en avoir une ou plusieurs atteintes de tuberculose. Dans ces diverses circonstances, il est évident que le médecin doit toujours formuler des réserves dans les conclusions de son rapport.

Les causes phtisiogènes individuelles doivent être également analysées avec le plus grand soin. Celles qui favorisent le plus facilement le développement de la tuberculose, sont la misère physiologique, l'insuffisance nutritive, l'insuffisance respiratoire (air confiné) et tous les motifs de débilitation, soit par déperdition de forces, soit par surmenage (excès de travail, chagrins, diarrhées prolongées, pertes séminales, grossesses répétées, lactation prolongée, alcoolisme, affections broncho-pulmonaires interminables, longues suppurations osseuses, cachexies diverses, diabètes, syphilis, scrofule, rougeole (1 cas sur 11), coqueluche, rétrécissement de l'artère pulmonaire, anévrysmes de l'aorte, etc...).

Par contre, quelques affections passent pour être antagonistes de la tuberculose; dans certains cas, on peut en tenir compte, mais sans y attacher trop d'importance. La scarlatine, l'impaludisme, l'asthme proprement dit, la chlorose pure, le rachitisme, le rhumatisme, etc... sont les principales de ces affections.

Le sexe n'a aucune influence sur la tuberculose; si la femme paraît être frappée plus souvent que l'homme, cela tient uniquement à l'influence phtisiogène des grossesses répétées et de la lactation prolongée. Il n'est pas douteux, cependant, que la phtisie héréditaire est plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

La race n'a point d'action.

Après avoir terminé ces diverses enquêtes, le médecin expert doit s'efforcer de faire le diagnostic *précoce* de la tuberculose.

La mensuration du thorax est un bon moyen de diagnostic précoce: lorsque la distance d'un mamelon à l'autre n'atteint pas 17 à 19 centimètres chez l'adulte, et lorsque le périmètre du thorax ne mesure pas au moins 74 centimètres, il y a des probabilités de tuberculose (Espino y Capo, de Madrid). Le rétrécissement et l'affaissement du thorax (*thorax paralytique*), la saillie des omoplates, le relief des côtes et la brièveté excessive des trois premières côtes sont également de bons signes de tuberculose pulmonaire.

La spirométrie permet de compléter ces premiers renseignements, car la capacité pulmonaire est toujours diminuée dans la tuberculose. La fixité des

côtes supérieures et l'impuissance des muscles inspirateurs (intercostaux et portion supérieure des petits et des grands pectoraux) amènent une grande diminution de l'ampliation de la partie supérieure du thorax, et surtout un affaiblissement de l'expiration.

Un troisième et excellent moyen de diagnostic précoce consiste à inoculer des crachats dans l'épiploon d'un cobaye ; le choix de l'épiploon est nécessaire, car sa vascularisation est très favorable au développement du bacille (Arloing, Leloir, Solles de Bordeaux).

En dernier lieu, il convient de faire l'analyse micrographique des crachats. Plusieurs procédés existent pour colorer le bacille de Koch ; le suivant a l'avantage d'être très rapide (M. Herman, prép.-adj. au laboratoire d'anatomie de Liège).

On commence par préparer les quatre bains suivants :

Bain n° 1 :	Krystall violet.	1 gr.
	Alcool absolu.	30 c. c.
Bain n° 2 :	Carbonate d'ammoniaque.	1 gr.
	Eau distillée	100 gr.
Bain n° 3 :	Eosine.	1 gr.
	Alcool à 60.	100 c. c.
Bain n° 4 :	Acide nitrique . . .	1 part.
	Eau distillée	10 part.

Après avoir recouvert une lamelle de verre d'une mince couche de crachats séchés à l'air sur la lamelle et passés trois ou quatre fois dans la flamme d'une lampe à alcool :

1° On prend alors parties égales des bains n° 1 et n° 2 pour les mélanger dans un verre de montre, puis on chauffe sur la lampe jusqu'à l'apparition des premières bulles ;

2° On plonge la lamelle préparée précédemment, pendant une minute environ, dans le mélange ci-dessus de couleur bleu-violet ;

3° On retire la lamelle, on l'essuie sur du papier buvard, puis on la passe très rapidement dans le bain décolorant n° 4 ; quand la décoloration du crachat est *presque* complète, on lave vivement la lamelle à l'alcool, puis on la laisse sécher.

Vus au microscope avec un objectif à immersion (nos 10 de Nachet, 12 de Verick, $\frac{1}{18}$ de Zeiss), les microbes apparaissent alors colorés en bleu-violet sur un fond incolore.

Pour obtenir une double coloration, il faut plonger la lamelle, au sortir de l'alcool, dans le bain n° 3. La coloration se fait à froid au bout d'une demi-minute environ. On enlève l'excès d'éosine avec du papier buvard, on lave à l'alcool comme précédemment et on sèche.

On aperçoit alors, sous le microscope, les bacilles colorés en bleu-violet et le fond de la préparation (bactéries vulgaires, leucocythes, etc...) teinté en rose vif.

La percussion et l'auscultation de la tuberculose donnent lieu à des signes trop connus, pour que nous insistions.

L'inspiration et l'expiration, dès les premiers débuts, sont rudes, rauques et saccadées ; un peu plus tard,

la percussion permet de constater de la submatité, avec un surcroît de vibrations locales.

Nous n'insistons pas non plus sur la tonalité spéciale des bases et des régions sous-axillaires du poumon, qui serait représentée par l'*ut* de la quatrième octave, et celle des sommets par l'*ut* de la cinquième octave ; c'est l'épaisseur différente du parenchyme qui amènerait cette variation d'une octave dans la tonalité thoracique des bases au sommet. Le professeur Grancher, qui a fait ces distinctions subtiles de percussion normale, n'ose trop les affirmer lui-même.

— C'est de 20 à 45 ans, et surtout de 30 à 40, que s'observe le plus grand nombre de décès par tuberculose pulmonaire.

La tuberculose des autres organes amène généralement la mort dans un âge moins avancé.

Il meurt, en moyenne, par année, 470 phtisiques sur 100,000 habitants. La mortalité moyenne annuelle de la tuberculose des méninges est égale à 27 décès pour 100,000 habitants ; celle de la tuberculose du péritoine à 4 décès ; celle de la tuberculose des autres organes à 5 décès, et celle de la tuberculose généralisée, à 36 décès.

Sur 100 phtisiques adultes, des deux sexes, il en succombe environ 48 par an.

Le chiffre est à peu près le même pour l'homme et la femme ; il meurt cependant un peu plus de femmes que d'hommes.

— Voir les articles : *Abcès froids*, *Adénites chroniques*, *Adénopathie bronchique*, *Bronchectasie*,

Bronchites chroniques, *Expiration prolongée*, *Phtisie*, *Pleurésies*, *Pneumokonioses*, *Pneumonies chroniques*, *Poitrine*, *Poumons* et *Scrofulose*.

TUMEURS

A recevoir. — 1° Tout proposant opéré sans complications du moment ou ultérieures, et radicalement guéri d'une tumeur bénigne non récidivante.

2° Tout proposant atteint d'une tumeur bénigne, ne pouvant ni se généraliser, ni récidiver, ni retentir sur la santé générale, ni présenter un danger passager quelconque.

A recevoir avec réserves. — 1° Tout proposant radicalement guéri d'une tumeur bénigne, non récidivante, ayant nécessité une opération importante.

2° Tout proposant atteint d'une tumeur bénigne, ne pouvant ni se généraliser, ni récidiver, mais susceptible de retentir passagèrement sur la santé générale.

3° Tout proposant atteint d'une tumeur bénigne, non récidivante, mais susceptible de présenter des complications légères, par voisinage.

4° Tout proposant atteint d'une tumeur à pronostic variable, si tout prouve qu'elle est destinée à rester toujours bénigne.

A refuser. — 1° Tout proposant opéré et parais-

sant radicalement guéri d'une tumeur maligne ou simplement récidivante.

2° Tout proposant guéri d'une tumeur de nature indéterminée mais ayant siégé à la langue, aux lèvres, au sein ou au testicule.

3° Tout proposant atteint d'une tumeur maligne ou à pronostic variable.

4° Tout proposant atteint d'une tumeur bénigne en elle-même, mais susceptible de déterminer de graves accidents, soit par voisinage, soit par complication opératoire.

OBSERVATIONS

Le pronostic des tumeurs doit généralement être considéré comme très sérieux. Tout proposant qui désire s'assurer sur la vie, doit donc être le plus souvent ajourné ou refusé.

Si le proposant déclare qu'il a été atteint d'une tumeur opérée et guérie, il faut s'enquérir de l'époque à laquelle existait cette tumeur, de sa nature, de son siège, de son volume, de sa marche, de la gêne locale qu'elle apportait, du retentissement qu'elle avait sur la santé, du genre d'opération subie et du résultat obtenu ; en outre, il est souvent nécessaire de demander l'avis du chirurgien afin d'être renseigné exactement sur la gravité de la tumeur et de l'opération, et surtout sur le pronostic d'avenir de l'opéré.

Lorsque les renseignements sur la nature du mal sont incertains ou bien lorsque la tumeur a siégé sur

les lèvres, la langue, le sein, l'utérus, l'ovaire ou le testicule, le médecin ne doit pas accepter l'assurance proposée. On connaît la fréquence du cancroïde de la lèvre et de la langue, du cancer du sein et de l'utérus, du testicule tuberculeux, et des kystes de l'ovaire compliqués d'adhérences viscérales.

Si le proposant déclare qu'il est actuellement atteint d'une tumeur, il faut avant tout diagnostiquer si elle est bénigne, maligne ou de nature variable.

La première espèce seule, peut permettre l'acceptation, si le siège de la tumeur, son volume et ses accidents propres ne présentent pas d'importance.

Toute tumeur bénigne peut être grave et même mortelle, soit par le trouble qu'elle peut apporter dans les fonctions d'un organe important, soit par son poids, soit par un accident propre, comme une hémorrhagie dans le cas d'angiome, une rupture dans le cas de kyste de l'ovaire, etc... Toute tumeur peut, enfin, nécessiter à un moment donné une opération grave.

Les tumeurs bénignes, comprennent : les kystes, les lipomes, les fibromes, les ostéomes, les papillomes, les angiomes, les myomes, les névromes, les tubercules et les gommes.

Les tumeurs à pronostic variable : les chondromes, les adénomes, les myxomes, les sarcomes, les lymphadénomes et les lymphosarcomes.

Les tumeurs malignes : les épithéliomes et les carcinomes.

Cette division, excellente au point de vue clinique,

n'est évidemment qu'approximative, car, en réalité, il existe des cas intermédiaires qui ne peuvent être rattachés nettement, ni aux néoplasmes bénins, ni aux néoplasmes malins.

Cornil et Ranvier ont classé les tumeurs, d'après leur constitution histologique.

Il existe 10 groupes représentés : le premier, par du tissu analogue au tissu embryonnaire, comprenant les sarcomes et leurs variétés ; le deuxième, par du tissu analogue au tissu conjonctif, comprenant les myxomes, les fibromes, les lipomes, les carcinomes, les tubercules et les gommes ; le troisième, par du tissu analogue au tissu cartilagineux, comprenant les chondromes ; le quatrième, par du tissu analogue au tissu osseux, comprenant les ostéomes ; le cinquième, par du tissu analogue au tissu des muscles lisses et striés, comprenant les myomes ; le sixième, par du tissu analogue au tissu nerveux, comprenant les névromes ; le septième, par du tissu analogue au tissu des vaisseaux sanguins, comprenant les angiomes ; le huitième, par du tissu analogue au tissu des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, comprenant les lymphangiomes, les lymphadénomes et les lymphosarcomes ; le neuvième, par du tissu analogue au tissu des épithéliums, des papilles et des culs-de-sac glandulaires, comprenant les épithéliomes, les papillomes, les adénomes et certains kystes ; et le dixième, par un grand nombre de tissus différents, comprenant les tumeurs mixtes.

— Voir les articles : *Adénomes*, *Angiomes*, *Cancer*, *Chondromes*, *Epithéliomes*, *Fibromes*, *Kystes*,

Lipomes, *Lymphadénomes*, *Lymphangiomes*, *Lymphosarcomes*, *Myomes*, *Myxomes*, *Névromes*, *Ostéomes*, *Ovaire*, *Papillomes* et *Sarcomes*.

TUMEURS BLANCHES

Voir les articles : *Hydarthrose* et *Scrofulose*.

TYPHOIDE

Voir l'article : *Fièvres*.

TYPHUS

Voir l'article : *Fièvres*.

U

ULCÉRATIONS

OBSERVATIONS

Les ulcérations cancéreuses, morveuses, scorbutiques, scrofuleuses, syphilitiques et tuberculeuses sont soumises à toutes les conséquences pronostiques de ces maladies.

Les ulcérations variqueuses relèvent des varices.

ULCÈRE DE L'ESTOMAC

Voir les articles : *Dyspepsies* et *Gastrorrhagie*.

URÉMIE

A refuser.

— Voir les articles : *Albuminurie* et *Néphrites*.

URÈTHRE

Voir les articles : *Rétrécissements de l'urèthre*, *Uréthrite* et *Uréthrotomie*.

URÉTHRITE

OBSERVATIONS

L'uréthrite blennorrhagique aiguë n'est pas une cause de refus en matière d'assuranees sur la vie.

Lorsqu'elle est eompliquée de prostatite aiguë, de cystite ou d'orchite, il est nécessaire d'ajourner le proposant.

Lorsqu'elle est indemne de complications, l'assurance peut être aeceptée, même pendant le cours de la maladie.

L'uréthrite blennorrhagique chronique n'est pas également une eontre-indication à l'assurance.

Si elle présente quelques complieations, son pronostie, et par conséquent son acceptation ou son refus suivent les règles formulées au sujet de ces complications. Il faut citer principalement les rétrécissements de l'urèthre et la eystite ehronique.

— Voir les articles : *Cystite chronique*, *Rétrécissements de l'urèthre* et *Uréthrotomie*.

URÉTHROTOMIE

A refuser.

URINE

OBSERVATIONS

L'urine normale est de couleur jaune, transparente lorsqu'elle vient d'être émise, légèrement nuagée de mucus vésical après quelques heures et chargée d'urates précipités sous l'influence du froid et parfois aussi de phosphates. Son odeur est particulière, aromatique; sa saveur, amère et saline; son poids spécifique, de 1.015 à 1,020; sa consistance, mobile; sa réaction, acide ou neutre; sa quantité, enfin, de 1,500 centimètres cubes environ par vingt-quatre heures.

Elle renferme normalement :

2gr, 5 à 3gr, 2	p. 100	d'urée;
0, 03 à 0, 05	—	d'acide urique;
0, 036 à 0,062	—	de créatine;
0, 02 à 0, 06	—	d'acide hippurique;
0, 07 à 0, 08	—	de chlorures;
0, 07 à 0, 08	—	de phosphates terreux;
0, 19 à 0, 22	—	d'acide phosphorique total;
0, 16 à 0, 17	—	d'acide sulfurique;
4, 3 à 4, 6	—	de substances solides.

Les variations de composition subies par l'urine dans le cours de certaines maladies, sont décrites à des articles spéciaux, ainsi que les divers procédés d'analyse.

— Voir les articles : *Albuminurie*, *Azoturie*,

Cancer, *Chylurie*, *Cystite*, *Dégénérescences des reins*, *Diabètes*, *Goutte* (*uricémie*), *Gravelle*, *Hématuries*, *Hémoglobinurie*, *Lithiase urinaire*, *Troubles de la miction*, *Néphrites*, *Oligurie*, *Oxalurie*, *Peptonurie* et *Phosphaturie*.

UTÉRUS

Voir les articles : *Aménorrhée*, *Dysménorrhée*, *Dystocie*, *Grossesse*, *Leucorrhée*, *Métrites*, *Métrorrhagies* et *Polypes*.

V

VARICES

A recevoir. — Tout proposant atteint de varices légères, au premier ou au deuxième degré, sans complications ou accompagnées d'accidents sans importance (léger œdème intermittent, faible sclérose du tissu cellulaire sous-cutané, crampes insignifiantes, etc...).

A recevoir avec réserves. — 1° Tout proposant légèrement variqueux, guéri d'une phlébite simple, d'un engorgement œdémateux ou d'une autre complication, si ses varices et les tissus voisins sont redevenus tout à fait souples et sont convenablement maintenus par un bas élastique.

2° Tout proposant atteint de varices légères, sujettes au coup de fouet.

A refuser. — Tout proposant atteint de varices énormes, au troisième degré, obstruées ou non par des caillots sanguins, ou compliquées de phlébite, d'ulcères, etc...

OBSERVATIONS

Les varices simples peuvent généralement être acceptées par les compagnies d'assurances sur la vie. Chez les individus soigneux de la classe aisée, elles peuvent rester longtemps sans présenter la moindre complication ; chez les manœuvres, exposés aux durs travaux et aux heurts, elles deviennent souvent, au contraire, l'objet de complications sérieuses.

Les varices présentent plusieurs degrés : dans le premier, les veines, surtout la saphène interne, sont dilatées, n'amènent ni gêne, ni douleurs et se vident aisément par la pression ; dans le deuxième, les veines soulèvent fortement la peau qui est sclérosée, mais laissent circuler librement le sang ; dans le troisième, les veines sont atteintes de dilatations ampullaires, la peau est tendue, livide, œdématiée et froide par suite de la gêne circulatoire.

Dans la plupart des cas, les deux premiers degrés peuvent être rangés parmi les varices simples. Le troisième degré, au contraire, toujours représenté par des varices énormes, constitue un réel danger ; en général, il est impossible d'accepter les proposants qui sont atteints d'une affection aussi sérieuse.

Non seulement les varices au troisième degré amènent une grande difficulté dans la marche, mais elles présentent aussi une véritable tendance à la phlébite, aux ulcérations et aux œdèmes considérables. La mort peut survenir à l'occasion d'une em-

bolie, ou à la suite d'une phlébite suppurative avec infection purulente; il peut aussi se déclarer une hémorrhagie foudroyante due à la rupture d'une veine hypertrophiée; il peut enfin survenir un phlegmon diffus.

Le coûp de fouet qui s'observe si souvent chez les sujets variqueux, surtout le matin au réveil dans le lit, n'a pas la même gravité que les accidents précédents; toutefois, comme il est dû à la rupture d'une veine profonde et qu'il amène une ecchymose par suite d'un épanchement de sang, il peut dans les cas graves devenir le point de départ d'une phlébite sérieuse. Il importe que le médecin prévienne les compagnies d'assurances de ce léger danger.

Ajoutons qu'il est indispensable que tous les sujets atteints de varices sérieuses portent des bas élastiques ; ils doivent s'y engager formellement vis-à-vis de la compagnie d'assurances.

L'usage constant de ces bas permet au médecin de recevoir des proposants variqueux, qu'il lui serait impossible d'admettre dans les conditions contraires.

— Voir les articles : *Hémorrhoïdes*, *Phlébite*, *Phlegmatia* et *Varicocèle*.

VARICOCÈLE

A recevoir.

OBSERVATIONS

Le varicocèle est, en général, très bénin ; il constitue une gène et rien de plus.

Pour refuser un proposant atteint de varicocèle, il faudrait un cas exceptionnel.

Le varicocèle peut amener de l'hypochondrie et des pertubations mentales susceptibles de conduire jusqu'au suicide. Il peut déterminer une phlébite ; il peut atteindre un développement progressif gigantesque.

VARIOLE

Voir l'article : *Fièvres*.

VARUS-ÉQUIN

Voir l'article : *Pied-bot*.

VEINES CAVES INFÉRIEURE et SUPÉRIEURE (Compression et oblitération.)

A refuser.

VERS INTESTINAUX

Voir les articles : *Entozoaires*, *Hydatides* et *Trichinose*.

VERTIGES

A recevoir. — 1° Tout proposant atteint de vertige stomacal indubitable.

2° Tout proposant atteint de vertige visuel, sans lésions de l'œil ou des nerfs optiques.

3° Tout proposant atteint de vertige nicotinique, si son cœur est intact et s'il renonce à fumer.

4° Tout proposant, indemne d'alcoolisme, ayant eu un accès vertigineux à la suite d'un excès passager.

A recevoir avec réserves. — 1° Tout proposant atteint de vertige pléthorique ou anémique.

2° Tout proposant atteint de vertige mental sans délire.

3° Tout proposant, très légèrement rhumatisant ou goutteux, atteint de vertige rhumatismal ou goutteux.

4° Tout proposant atteint de vertige auriculaire par bruit insolite ou assourdissement subit, sans traces de maladie de Ménière.

5° Tout proposant atteint de vertige laryngé banal.

A refuser. — 1° Tout proposant atteint de vertige cérébral symptomatique d'une lésion cérébro-médullaire quelconque.

2° Tout proposant atteint de vertige épileptique.

3° Tout proposant atteint de vertige mental avec délire.

4° Tout proposant atteint de vertige visuel dû à de la diplopie.

5° Tout proposant atteint de maladie de Ménière, *ab auræ læsa*.

6° Tout proposant atteint de vertige nicotinique, si son cœur est touché.

7° Tout proposant alcoolique ayant eu un ou plusieurs vertiges alcooliques.

8° Tout proposant atteint de vertige laryngé dû à une cause grave (ataxie ou polype du larynx).

OBSERVATIONS

Les vertiges ne doivent évidemment pas être considérés comme une cause de refus absolue pour les proposants qui en sont atteints ; mais en raison de la complexité de cette partie de la pathologie nerveuse, le médecin expert doit se tenir sur ses gardes, même dans les cas bénins en apparence, s'il ne lui a pas été possible d'établir un diagnostic irréprochable.

Comme l'a justement dit Lasègue, le vertige est une maladie d'imposture. Il est tout ou rien ; à un petit vertige, peut correspondre une grave maladie et inversement. Pour cette raison seule, les compagnies d'assurances sur la vie doivent se méfier des proposants vertigineux.

De toutes les variétés de vertiges, ceux qui sont d'origine *cérébrale* sont les plus redoutables; ils nécessitent le refus le plus catégorique.

Leur caractère capital, celui qui domine la scène

et permet de les reconnaître, c'est la perte totale de la connaissance : *l'ictus*.

Ils sont symptomatiques, tantôt de petites thromboses du cerveau (sujets voués au ramollissement cérébral), tantôt d'une tumeur cérébrale, d'une hémorrhagie cérébrale, d'une affection du cervelet ou d'une maladie de la moelle.

Le début de la sclérose en plaques détermine, dans les trois quarts des cas, un vertige gyratoire effrayant qui force les malades à se tenir aux corps environnants pour ne pas être entraînés.

Le vertige cérébral peut s'observer aussi sous l'influence de la congestion et de la pléthore, ou pendant une insolation.

Le vertige épileptique est également un vertige cérébral. Quelque léger qu'il soit, il est toujours accompagné d'une abolition totale de la conscience et suivi d'une perte absolue de mémoire et d'une indifférence complète.

Enfin, on doit rattacher au vertige cérébral le vertige *mental* de Lasègue, qui est dû à une véritable perversion intellectuelle pouvant atteindre jusqu'au délire de la folie. Dans ce vertige, les facultés mentales sont, en réalité, hors de cause ; la sensation et le sentiment forment tout le drame. Le sujet est soudainement pris, sans que la vue y soit pour quelque chose, en apparence au moins, par une anxiété formidable dont il a parfaitement conscience, qu'il sait absurde, mais qu'il ne peut dominer, et qui le pousse parfois invinciblement au suicide.

Comme l'intelligence n'est pas atteinte, le pronostic

du vertige mental est assez peu sévère. Toutefois, il faut distinguer les cas sans délire et les cas avec délire. Ceux-ci versent facilement dans l'aliénation mentale, eeux-là un peu moins. Il faut done refuser les premiers et ne reeevoir les seeonds qu'avec la plus grande réserve.

Viennent ensuite les vertiges *diathésiques*, relevant du rhumatisme et de la goutte.

La seule eonnaissanee des antéeédents pathologiques du sujet peut permettre de faire le diagnostie de ees deux variétés.

Le vertige rhumatismal n'amène jamais de perte totale de l'intelligenee ; jamais il ne laisse de traees eérébrales. Il se produit sans que le malade digère mal, par la simple inanition, la vaeuité de l'estomac; il ne s'agit pas eependant d'un estomae malade, mais simplement d'un estomae de rhumatisant.

Le vertige goutteux peut être solennel et terrifiant, ou fugaee et bénin. Solennel, il ressemble un peu à la syneope des anémiques ; le malade tombe subitement avec perte de eonnaissanee, mais sans eonvulsions ; au bout d'un quart d'heure environ, il se relève, marche et n'a qu'une légère eéphalalgie. Fugaee, il est earaetérisé par des troubles mentaux, de l'inaptitude intelleetuelle, de la paresse d'esprit. Le sujet est éteint, il vit bêtement et sommeille de même ; en dehors de ses erises, il se plaint toujours de migraines ou de erises névralgiques.

Ces vertiges de la goutte et du rhumatisme n'ont pas de retentissement sur la santé générale, quelque violents qu'ils soient. L'aeeeptation doit done

être la règle ; mais le degré de la diathèse doit avoir une influence prépondérante dans la question. En tous les cas, l'acceptation doit toujours être accompagnée de réserves.

Quant au vertige d'origine *gastrique*, connu sous le nom de vertige *a stomacho læso*, il résulte toujours d'une dyspepsie bénigne, et jamais d'une maladie stomacale grave. Dû, tantôt à la réplétion, tantôt à la vacuité de l'estomac, il ne se déclare jamais après les repas, il faut que la digestion soit avancée de quelques heures pour qu'il se produise.

Ce vertige est gyratoire, mais jamais accompagné de perte de connaissance : le malade *étudie* son vertige. Un seul point est parfois embarrassant pour le médecin, c'est le diagnostic avec le vertige cérébral ; en dehors de ce doute, il n'y a aucun danger, et l'assurance peut être acceptée sans crainte.

La plupart des vertiges *sensoriels* rentrent, comme la catégorie précédente, dans la classe des vertiges bénins. Toutefois, le vertige auriculaire présente les plus grands dangers.

Les vertiges visuels sont généralement bénins et les vertiges auriculaires graves.

Les vertiges *visuels*, comprennent : le vertige *rotatoire* (vertige type causé par la rotation de l'individu sur lui-même, ou par la rotation des objets autour de lui), le vertige *latéral* (en passant, par exemple, auprès d'une longue grille), le vertige *horizontal* (survenant le matin, dans le lit, au réveil, soit par anémie, soit par hypérémie cérébrale), le vertige *vertical* (en regardant de bas en haut un objet élevé.

une tour par exemple), le vertige des *altitudes* (en regardant du haut d'un monument, d'une montagne, au bord d'un précipice), le vertige des *espaces* ou l'*agoraphobie* (en traversant une large place) et le vertige du *mal de mer*.

Tous ces vertiges sont compatibles avec l'assurance sur la vie. Ils ne sont jamais diathésiques.

Seuls, les vertiges visuels qui sont dus à un trouble de la vue, comme la diplopie, ne doivent jamais être acceptés par les compagnies.

Les vertiges *auriculaires* peuvent être d'origine cérébrale ou indépendants de toute lésion du cerveau ; dans le premier cas, ils sont le résultat d'une otite labyrinthique avec ou sans carie du rocher ; dans le second, ils surviennent simplement à l'occasion d'un grand bruit assourdissant.

Le vertige labyrinthique, vertige de Ménière, vertige *ab auræ læsa* est très grave. Il se distingue des autres vertiges, en ce qu'il est toujours accompagné par des bruits d'oreille, surtout d'une oreille, intenses et prédominants; puis, le sujet se sent comme précipité, culbuté en avant sur la face, par une main étrangère, parfois en arrière ou sur le côté. L'intelligence persiste et l'accès se termine par des nausées et des vomissements. La surdité devient irrémédiable; parfois il se déclare des accidents cérébraux divers.

Le vertige auriculaire non cérébral peut être admis avec réserves, mais le médecin ne doit l'accepter qu'après en avoir nettement établi le diagnostic, ce qui est fort difficile. Dans les cas douteux, il doit

s'abstenir, car le vertige auriculaire cérébral est incompatible avec les assurances sur la vie.

Les vertiges par *intoxication* dépendent entièrement de leurs causes.

Le vertigineux par *tabagisme* ne peut être assuré sur la vie que si son cœur est intact; il doit être refusé s'il présente le moindre trouble aortique.

Le vertigineux par *alcoolisme* doit être accepté s'il n'a été atteint que par un seul accès, survenu à la suite d'un excès de boisson absolument fortuit; il doit, au contraire, être refusé s'il présente la moindre trace d'alcoolisme chronique.

A ces diverses catégories de vertiges, il faut ajouter toute la série des états vertiginoïdes, symptomatiques d'une maladie spéciale : vertige par débilitation (chloro-anémie, cachexie, convalescence), vertiges par maladies du foie (coliques hépatiques), des reins (coliques néphrétiques, urémie), de l'utérus (métrites) et du cœur (lésions aortiques, angine de poitrine, anévrysme, etc...). Le pronostic de ces divers vertiges dépend entièrement de la cause qui les détermine.

Reste, enfin, une variété de vertige encore peu connue, décrite en France par le professeur Charcot : le vertige *laryngé*. Ce vertige peut être causé par une maladie banale du larynx ou par une polype, ou bien être le résultat du rhumatisme, de la goutte, et de l'ataxie locomotrice.

Le vertige laryngé est très rare; généralement, il est précédé et accompagné par une sensation de chatouillement avec toux. Le malade tombe sans perdre

totalement connaissance puis, au bout de peu de temps, se relève et parle sans la moindre hébétude.

Dans les cas exceptionnels où le médecin peut observer ce vertige, il doit, avant tout, chercher à en diagnostiquer la cause. Si la maladie primitive est sans gravité, le proposant peut être accepté, mais avec réserves, à cause de la possibilité d'une erreur de diagnostic. Si le vertige est le résultat d'une affection grave du larynx ou de l'ataxie, l'assurance proposée doit être formellemnt rejetée.

VESSIE

Voir les articles : *Cystites* et *Cystocèle*.

VOMISSEMENTS

OBSERVATIONS

Lorsqu'un proposant déclare qu'il est sujet à avoir des vomissements, il faut s'enquérir de la nature des matières vomies, des circonstances dans lesquelles les vomissements se produisent, etc... ; en un mot, il faut s'entourer de tous les renseignements qui peuvent permettre de faire le diagnostic de la maladie déterminante : alcoolisme, gastralgie ulcère rond, carcinome, migraine, etc...

Le médecin ne peut formuler une conclusion dans son rapport, qu'après avoir fait cette enquête. Le vomissement n'est rien en lui-même ; sa cause est tout.

W. Y. Z.

WERLOF (Maladie de)

Voir l'article : *Purpura*.

YEUX

Voir les articles: *Amaurose*, *Cataracte*, *Choroïdites*, *Daltonisme*, *Diplopie*, *Gérontoxon*, *Irido-choroïdite*, *Névro-rétinite*, *Rétinites* et *Staphylomes*.

ZONA

OBSERVATIONS

Le zona est une affection sans gravité ; dans aucun cas il ne nécessite le refus des proposants.

Sa terminaison par une névrite ascendante est si rare, qu'on peut presque ne pas en tenir compte.

OCTAVE DOIN

ÉDITEUR

8, PLACE DE L'ODÉON, PARIS

EXTRAIT DU CATALOGUE GÉNÉRAL

OCTOBRE 1889

TOUS LES OUVRAGES PORTÉS SUR CE CATALOGUE SERONT EXPÉDIÉS FRANCS DE PORT EN N'IMPORTE QUEL PAYS, AUX PRIX MARQUÉS, A TOUTE PERSONNE QUI EN FERA LA DEMANDE. — LES DEMANDES DEVRONT TOUJOURS ÊTRE ACCOMPAGNÉES D'UN MANDAT POSTAL OU D'UNE VALEUR A VUE SUR PARIS.

DICTIONNAIRES

DICTIONNAIRE ABRÉGÉ DE MÉDECINE, **de chirurgie de pharmacie et des sciences physiques, chimiques et naturelles**, par Ch. Robin, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. gr. in-8 jésus de 1,050 pages imprimées à deux colonnes :

Broché, 16 fr. — Relié en maroquin, plats toile, 20 fr.

DICTIONNAIRE DE THÉRAPEUTIQUE, **de matière médicale, de pharmacologie, de toxicologie et des eaux minérales**, par Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine et du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, médecin de l'hôpital Cochin, avec de nombreuses figures dans le texte. 4 forts vol. in-4 de 900 pages chacun, imprimé à deux colonnes, avec 800 figures.

Broché .... 100 fr.
Reliure en maroquin, plats toile, tranches peignes.... 120 fr.
Les tomes I, II, III, IV, se vendent séparément...... 25 fr.

DICTIONNAIRE DES SCIENCES ANTHROPOLOGIQUES, *Anatomie, Craniologie, Archéologie préhistorique, Ethnographie (Mœurs, Lois, Arts, Industrie), Démographie, Langues, Religions*, publié sous la direction de MM. **A. Bertillon, Coudereau, A. Hovelacque, Issaurat, André Lefèvre, Ch. Letourneau, de Mortillet, Thulié et E. Véron.**

Avec la collaboration de MM. Belluci, J. Bertillon, Bordier, L. Buchner, A. de la Calle, Carthaillac, Chantre, Chervin, Chudzinski, Collineau, Mathias Duval, Keller, Kuhff, Laborde, J.-L. de Lanessan, Manouvrier, P. Mantegazza, Mondière, Picot, Pozzi, Girard de Rialle, Mme Clémence Royer, de Quatrefages, Salmon, Schaafhausen, Topinard, Varambey, Julien Vinson, Carl Vogt, Zaborowoski, etc. etc.

Un fort vol. in-4 de 1120 pages imprimé à deux colonnes, avec de nombreuses figures dans le texte. Prix : broché............ 30 fr
Relié maroquin, tranches peigne......................... 36 fr.

ANATOMIE, PHYSIOLOGIE, EMBRYOLOGIE, HISTOLOGIE

ATLAS D'ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE DU CERVEAU ET DES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES, par E. GAVOY, médecin principal à l'hôpital militaire de Versailles. 1 magnifique volume in-4 en carton contenant 18 planches chromolithographiques (8 couleurs), exécutées d'après nature, représentant de grandeur naturelle toutes les coupes du cerveau, avec 200 pages de texte.
En carton, 36 fr. — Relié sur onglets en maroquin rouge, tête dorée, 42 fr.

AUFFRET (Ch.), professeur d'anatomie et de physiologie à l'école de médecine navale de Brest, ancien chef des travaux anatomiques. — **Manuel de dissection des régions et des nerfs.** 1 vol. in-18, cart. diamant, de 471 pages, avec 60 figures originales dans le texte exécutées, pour la plupart, d'après les préparations de l'auteur. 7 fr.

BALBIANI, professeur au collège de France. — **Cours d'embryogénie comparée du Collège de France.** *De la génération des vertébrés.* Recueilli et publié par F. HENNEGUY, préparateur du cours. Revu par le professeur. 1 beau vol. grand in-8 avec 150 figures dans le texte et 6 planches chromolithographiques hors texte. 15 fr.

BRIEGER, professeur assistant à l'Université de Berlin. — **Microbes, Ptomaïnes et Maladies**, trad. par MM. ROUSSY et WINTER, avec une préface de M. le prof. HAYEM. 1 vol in-18 de 250 pages. 3 fr. 50

CADIAT (O.), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — **Cours de Physiologie professé à la Faculté.** 1882-1883. Petit in-4 de 250 pages. Avec des dessins autographiés ... 9 fr.

CARNOY (le chanoine J.-B.), docteur ès sciences naturelles, professeur à l'Université de Louvain. — **La Biologie cellulaire**, étude comparée de la cellule dans les deux règnes, 1[er] fascicule : 1 vol. de 300 pages avec 141 figures dans le texte........ 12 fr.

L'ouvrage sera publié en trois fascicules, payables séparément. — On peut dès maintenant souscrire à l'ouvrage complet pour 25 fr.

DEBIERRE, professeur chargé de cours à la Faculté de médecine de Lille. — **Manuel d'Embryologie humaine et comparée.** 1 vol. in-18, cartonné diamant, de 800 pages, avec 321 figures dans le texte et 8 planches en couleur hors texte.................. 8 fr.

DEBIERRE (Ch.). — **Les Maladies infectieuses, Microbes, Ptomaïnes et Leucomaïnes.** 1 vol. in-18 de 380 pages 3 fr. 50

DUBIEF (D[r]), ancien interne des hôpitaux de Paris. — **Manuel de Microbiologie** comprenant : les fermentations, la physiologie, la technique histologique, et la culture des bactéries et l'étude des principales maladies d'origine bactérienne. 1 vol. in-18, cartonné diamant, de 600 pages, avec 160 figures dans le texte et 8 planches en couleur hors texte................................ 8 fr.

DUVAL (Mathias), membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de Paris, professeur à l'École des Beaux-Arts. — **Leçons sur la Physiologie du Système nerveux (Sensibilité)**, recueillies par P. DASSY, revues par le professeur. In-8 de 130 pages, avec 30 figures dans le texte .... 3 fr.

FOSTER et LANGLEY. — **Cours élémentaire et pratique de physiologie générale.** Traduit sur la 5ᵉ édition anglaise par F. Prieur. 1 vol. in-18 jésus de 450 p., avec 115 figures... 5 fr.

GOUZER (J.), médecin de 1ʳᵉ classe de la marine. — **Le problème de la vie et les fonctions du cervelet.** 1 vol. in-18 de 225 p.. 3 fr.

JULIEN (Alexis), répétiteur d'anatomie. — **Aide-mémoire d'anatomie** (muscles, ligaments, vaisseaux, nerfs), avec figures, cartonnage toile.. 3 fr. 50

KLEIN (E.), professeur adjoint d'anatomie générale et de physiologie à l'Ecole médicale de Saint-Bartholomew's Hospital, Londres. — **Nouveaux éléments d'histologie,** traduits sur la 5ᵉ édition anglaise, et annotés par G. Variot, préparateur des travaux pratiques d'Histologie à la Faculté de médecine de Paris, chef de clinique à l'hôpital des Enfants-Malades, et précédés d'une préface de M. le prof. Ch. Robin, 1 vol. in-1 jésus cart. diamant de 540 p., avec 185 fig. dans le texte. 2ᵉ édit. française, corr. et augm.. 8 fr.

LEE et HENNEGUY. — **Traité des méthodes techniques de l'anatomie microscopique,** avec une préface de M. le professeur Ranvier. 1 vol. in-8, de 500 pages .... 12 fr.

TESTUT (A.), professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Lyon, avec la collaboratton de H. Ferré, agrégé à la Faculté de Bordeaux, et de M. Vialleton, agrégé à la Faculté de Lyon — **Traité d'anatomie descriptive.** 3 vol. gr. in-8, formant 2400 p., avec 1200 fig., presque toutes originales, dessinées spécialement pour cet ouvrage, et tirées pour la plupart en trois ou quatre couleurs dans le texte. En vente t. I. **Locomotion** 770 p., avec 470 fig.
Le tome II est sous presse............................... 16 fr.

VIAULT et JOLYET, professeurs à la Faculté de médecine de Bordeaux. — **Traité de physiologie humaine.** 1 beau vol. gr. in-8 de 920 p., avec plus de 400 fig dans le texte..... 16 fr.

PATHOLOGIE INTERNE, HYGIÈNE ET THÉRAPEUTIQUE

ANNUAIRE DE THÉRAPEUTIQUE. — Première année, 1888, précédé d'une introduction sur les progrès de la thérapeutique en 1888, par le Dʳ Dujardin-Beaumetz. 1 vol. in-18 cart. de 400 p... 2 fr.

BARDET et ADRIAN. — **Formulaire annuel des nouveaux remèdes, 1889.** 1 vol. in-18, cartonné, de 350 pages.. 4 fr.

BLONDEL (R.), préparateur à la Faculté de médecine de Paris. — **Manuel de matière médicale,** comprenant la description, l'origine, la composition chimique, l'action physiologique et l'emploi thérapeutique des substances animales ou végétales employées en médecine, précédé d'une préface de M. Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine. 1 gros vol. in-18, cart., percaline verte, tr. rouges, de 980 p., avec 358 fig. dans le texte. 9 fr.

CAMPARDON (Ch.). — **Guide de thérapeutique aux eaux minérales et aux bains de mer**, avec une préface du docteur Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine, etc. 1 vol. in-18, cartonné diamant .... 5 fr.

CANDELLÉ (Dr H.), ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société d'hydrologie médicale. — **Manuel pratique de médecine thermale.** 1 vol. in-18 jésus de 460 p., cart. diam. 6 fr.

DANION (Dr). — **Traitement des affections articulaires par l'électricité**, leur pathogénie. 1 vol. gr. in-8 de 240 p. 5 fr.

DELMAS (Paul). — **Manuel d'hydrothérapie.** 1 vol. in-18, cartonné diamant, de 600 pages, avec 39 figures dans le texte, 9 tableaux graphiques et 60 tracés sphygmographiques hors texte.... 6 fr.

DUCHESNE (L.), ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société de thérapeutique, de la Société de médecine pratique de Paris, etc. etc. — **Aide-mémoire et formulaire du médecin-praticien.** 1 vol. petit in-18, cart., de 380 p...... 3 fr. 50

DUJARDIN-BEAUMETZ, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Cochin, membre du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine. — **Leçons de clinique thérapeutique,** contenant le traitement des maladies du cœur et de l'aorte, de l'estomac et de l'intestin, du foie et des reins, du poumon et de la plèvre, du larynx et du pharynx, des maladies du système nerveux, le traitement des fièvres et des maladies générales. 3 vol. grand in-8, de 800 pages chacun, avec figures dans le texte et planches chromolithographiques hors texte, 5e *édition* entièrement remaniée................ 48 fr.

DUJARDIN-BEAUMETZ. — *Conférences thérapeutiques de l'hôpital Cochin*, 1884-1885. **Les nouvelles médications.** 1 vol. in-8, de 216 pages avec figures, 3e édition, br., 6 fr., cart...... 7 fr.

DUJARDIN-BEAUMETZ. — *Conférences thérapeutiques de l'hôpital Cochin*. 1885-1886. **L'hygiène alimentaire.** 1 vol. de 240 p., avec fig., et une pl. en chromo, hors texte, br., 6 fr., cart., 7 fr.

DUJARDIN-BEAUMETZ. — *Conférences thérapeutiques de l'hôpital Cochin*. 1886-1887. **L'hygiène thérapeutique.** 1 vol. de 250 p., avec planche en chromo, hors texte, br., 6 fr. cart....... 7 fr.

DUJARDIN-BEAUMETZ. — *Conférences thérapeutiques de l'hôpital Cochin* 1887-1888. **L'hygiène prophylactique,** 1 vol. de 250 p., avec une pl. en chromo hors texte, 6 fr., cart ... 7 fr.

DUJARDIN-BEAUMETZ et P. YVON. — **Formulaire pratique de thérapeutique et de pharmacologie,** 3e édition. 1 vol. in-18 cart. de 600 pages .... 4 fr.

DUJARDIN-BEAUMETZ et EGASSE. — **Les plantes médicinales indigènes et exotiques, leurs usages thérapeutiques, pharmaceutiques et industriels.** 1 beau vol. gr. in-8, de 900 p., imprimé à deux colonnes, avec 1050 fig. dans le texte et 40 magnifiques pl. en chromo, hors texte, dessinées d'après nature et tirées en 15 couleurs.
Cart., percal. verte, tête dor., 28 fr., br................. 25 fr.

DUJARDIN-BEAUMETZ. — (Voyez *Dictionnaire de thérapeutique.*)

FRANCK (François), membre de l'Académie de médecine, professeur remplaçant au Collège de France. — **Leçons sur les fonctions motrices du cerveau** (réactions volontaires et organiques) et sur l'épilepsie cérébrale, précédées d'une préface du professeur CHARCOT. 1 vol. gr. in-8, de 570 pages, avec 83 figures.. 12 fr.

HUCHARD (Henri), médecin de l'hôpital Bichat. — **Leçons de clinique et de thérapeutique médicales. — Maladies du cœur et des vaisseaux. — Artériosclérose. — Aortetes-cardiopathies artérielles. — Angines de poitrine.** 1 vol. grand in-8 de 900 pages avec figures et 4 planches en chromo hors texte.. 16 fr.

HUGUET (R.), ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, professeur de chimie à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand, pharmacien en chef des hospices. — **Traité de Pharmacie théorique et pratique.** 1 vol. grand in-8, cartonné, de 1230 pages, avec 430 figures dans le texte............ 18 fr.

HUNTER-MACKENZIE, médecin de l'hôpital pour les maladies de la gorge à Edimbourg. — **Le crachat.** Dans ses rapports avec le diagnostic, le pronostic et le traitement des maladies de la gorge et du poumon ; traduit de l'anglais par le Dr Léon PETIT, avec une préface du professeur GRANCHER. 1 vol. in-8 de 200 pages, avec 24 planches tirées, pour la plupart, en couleurs......... 5 fr.

LAVERAN (A.), médecin principal, professeur à l'École de médecine militaire du Val-de-Grâce. — **Traité des fièvres palustres** avec la description des microbes du paludisme. Un beau vol. in-8, de 558 pages avec figures dans le texte................. 10 fr.

LECORCHÉ (E.), prof. agrégé à la Faculté de médecine de Paris et Ch. TALAMON, médecin des hôpitaux. — **Traité de l'Albuminurie et du Mal de Bright.** 1 fort vol., gr. in-8 de 800 pages. 14 fr.

LEGRAIN (M.), ancien interne des asiles de la Seine, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Asile de Vaucluse, etc. — **Hérédité et Alcoolisme.** Etude psychologique et clinique sur les dégénérés buveurs et les familles d'ivrognes. Ouvrage couronné par la Société médico-psychologique (1888), avec une préface de M. le Dr MAGNAN, médecin en chef de l'Asile Sainte-Anne. 1 vol. in-8 de 425 pages................................ 7 fr.

LEWIS (Richard). — **Les microphytes du sang** et leurs relations avec les maladies. 1 vol. in-18, avec 39 figures dans le texte. 1 fr. 50

PARANT (Dr V.), directeur de la Maison de santé de Toulouse. — **La raison dans la folie.** Etude pratique et médico-légale sur la persistance de la raison chez les aliénés et sur leurs actes raisonnables. 1 vol. in-8 de 500 pages.......................... 8 fr.

PAULIER (A.-B.), ancien interne des hôpitaux de Paris. — **Manuel de thérapeutique et de matière médicale**, 3e édition, revue, corrigée et très augmentée. 1 beau vol. in-18, de 1400 pages, avec 150 figures intercalées dans le texte...................... 12 fr.

PAULIER (A.-B.). **Manuel d'hygiène publique privée et ses applications thérapeutiques.** 1 fort vol. in-18 de 800 pages. 8 fr.

PAULIER (A.-B.) et F. HÉTET, professeur de chimie légale à l'École navale de Brest, pharmacien en chef de la Marine. — **Traité élémentaire de médecine légale, de toxicologie et de chimie légale.** 2 vol. in-18, formant 1350 pages, avec 150 figures dans le texte et 24 planches en couleur hors texte....... 18 fr.

RAYMOND (F.), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. — **Maladies du système nerveux. Atrophies musculaires et maladies amyotrophiques.** 1 volume grand in-8 de 540 pages........... 10 fr.

RÉGIS (E.), ancien chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris. — **Manuel pratique de médecine mentale,** avec une préface de M. BALL, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-18 jésus, cartonné diamant de 640 pages.................... 7 fr. 50

RENOU (Dr). — **La Diphtérie,** son traitement antiseptique. Études cliniques précédées d'une préface du professeur GRANCHER. 1 vol. in-8 de 300 pages avec une carte en couleur............. 6 fr.

RITTI (Ant.), médecin de la maison nationale de Charenton. — **Traité clinique de la Folie à double forme (Folie circulaire, délire à formes alternes).** Ouvrage couronné par l'Académie de médecine. 1 vol. in-8, de 400 pages................. 8 fr.

ROBSON-ROOSE, membre du Collège royal de médecine d'Édimbourg. — **La Goutte et ses rapports avec les maladies du foie et des reins.** Ouvrage traduit d'après la 3e édition anglaise par le Dr Lucien DENIAU. 1 vol. in-18................. 3 fr. 50

VULPIAN (A.), ancien doyen de la Faculté de médecine, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital de la Charité, etc. — **Maladies du système nerveux.** Leçons professées à la Faculté de médecine de Paris. 2 volumes grand in-8, formant 1300 pages 32 fr.
Le tome II se vend séparément......................... 16 fr.

VULPIAN (A.). — **Leçons sur l'action physiologique des substances toxiques et médicamenteuses.** 1 vol. in-8 de de 700 pages...................................... 13 fr.

VULPIAN (A.). — **Clinique médicale de l'hôpital de la Charité.** Considérations cliniques et observations, par le Dr F. RAYMOND, médecin des hôpitaux, revues par le professeur. — RHUMATISME MALADIES CUTANÉES, SCROFULES, MALADIES DU CŒUR, DE L'AORTE ET DES ARTÈRES, DE L'APPAREIL DIGESTIF, DU FOIE, DE L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE, DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE, MALADIES GÉNÉRALES, EMPOISONNEMENTS CHRONIQUES, SYPHILIS, MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. 1 fort vol. in-8, de 958 pages........................... 14 fr.

PATHOLOGIE DES PAYS CHAUDS

ARCHIVES DE MÉDECINE NAVALE. — Recueil fondé par le Cte DE CHASSELOUP-LAUBAT, ministre de la marine et des colonies, publié sous la surveillance de l'inspection générale du service de santé. Directeur de la rédaction : M. TREILLE, médecin en chef. Les *Ar-*

chives de médecine navale paraissent le 15 de chaque mois par cahier de 80 pages, fig. dans le texte et pl. hors texte.
France et Algérie....... 14 fr. | Etranger........ 17 fr.
Les abonnements partent du 1er janvier de chaque année et ne sont reçus que pour un an.

BÉRENGER-FÉRAUD (L.-J.-B.), direct. du service de santé de la Marine, memb. correspondant de l'Académie de médecine. — **Traité théorique et clinique de la Dysenterie**, Diarrhée et Dysenterie aiguës et chroniques, 1 fort vol. in-8, de 800 pages. 12 fr.

BÉRENGER-FÉRAUD (L.-J.-B.). — **Traité clinique des maladies des Européens aux Antilles** (Martinique). 2 vol. in-8 de 1193 pages .... 16 fr.

BÉRENGER-FÉRAUD (L.-J.-B). — **Leçons cliniques sur les tœnias de l'homme**. 1 vol. in-8, de 370 pages avec 50 figures dans le texte.................................... 8 fr.

BERTRAND (L.-E.), professeur d'hygiène à l'école de Brest, et J. FONTAN, professeur d'anatomie à l'École de Toulon. — **De l'entéro-colite endémique des pays chauds**, diarrhée de Cochinchine, diarrhée chronique des pays chauds, etc. etc. 1 vol. in-8, de 450 p., avec figures dans le texte et planches en couleurs hors texte. 9 fr.

BUROT (P.), médecin de 1re classe de la Marine. — **De la Fièvre dite bilieuse inflammatoire à la Guyane**. Application des découvertes de M. PASTEUR à la pathologie des pays chauds, 1 vol. in-8, de 535 p., avec 5 pl., hors texte, dont une coloriée. 10 fr.

CORRE (A.), médecin de 1re classe de la marine, professeur agrégé à l'Ecole de Brest. — **Traité clinique des maladies des pays chauds**. 1 vol. grand in-8, de 870 pages, avec 50 figures dans le texte.................................... 15 fr.

CORRE (A.). — **Traité des Fièvres bilieuses et typhiques des pays chauds**. 1 beau vol. in-8, de près de 600 pages, avec 35 tracés de température dans le texte .... 10 fr.

CORRE (A.). — **De l'étiologie et de la prophylaxie de la fièvre jaune**. In-8, avec une planche en couleur.... 3 fr. 50

CORRE (A.) et LEJANNE. — **Résumé de la matière médicale et toxicologie coloniale**. 1 vol in-18, de 200 pages, avec figures dans le texte.............................. 3 fr. 50

JOUSSET (A.), ancien médecin de la marine. — **Traité de l'acclimatement et de l'acclimatation**. 1 beau vol. in-8 de 450 pages avec 16 planches hors texte .... 10 fr.

MAUREL (E.), médecin de 1re classe de la Marine. Contribution à la pathologie des pays chauds. **Traité des maladies paludéennes à la Guyane**. In-8, de 212 pages..................... 6 fr.

MAUREL (E.). — **Recherches microscopiques sur l'étiologie du paludisme**. 1 vol. in-8, de 210 p., avec 200 fig. dans le texte... 6 fr.

MOURSOU (J.), médecin de 1re classe de la Marine. — **De la fièvre typhoïde dans la Marine et dans les pays chauds**. 1 vol. in-8 de 310 pages.................................. 6 fr.

ORGEAS, médecin de la Marine. — **Pathologie des races humaines et le problème de la colonisation.** Études anthropologiques et économiques, 1 vol. in-8 de 420 pages... 9 fr.

TREILLE (G.), médecin principal de la marine, directeur des archives de médecine navale. — **De l'acclimatation des Européens dans les pays chauds.** 1 vol. in-18................ 2 fr.

PATHOLOGIE EXTERNE ET MÉDECINE OPÉRATOIRE

BRISSAY (A.), de Rio-de-Janeiro, docteur. — **Fragments de chirurgie et de Gynécologie opératoire contemporaines,** complétés par des notes recueillies au cours d'une mission scientifique du Gouvernement français en Autriche et en Allemagne, précédés d'une introd. par J.-A. DOLÉRIS, accoucheur des hôpitaux de Paris, 1 vol. gr. in-8 de 210 p., avec 43 fig. dans le texte. 7 fr. 50

CHALOT, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. — **Nouveaux éléments de chirurgie opératoire.** 1 vol. in-18, cartonné diamant, de 750 pages avec 498 figures dans le texte. 8 fr.

CHAVASSE, professeur agrégé au Val-de-Grâce. — **Nouveaux éléments de petite chirurgie.** *Pansements, Bandages et Appareils.* 1 vol. in-18, cartonné diamant, de 900 pages avec 540 figures. 2e édition, revue, corrigée et augmentée..... 9 fr.

GANGOLPHE (Michel), chirurgien de l'hôtel Dieu de Lyon. — **Guide pratique de petite chirurgie** à l'usage des infirmiers et infirmières des hôpitaux et hospices civils. 1 vol. in-12 de 140 pages, avec 4 planches.................................... 2 fr.

POULET (A.), médecin major, professeur agrégé au Val-de-Grâce, lauréat de l'Académie de médecine, membre correspondant de la Société de chirurgie, et H. BOUSQUET, médecin-major, professeur agrégé au Val-de-Grâce, lauréat de la Société de chirurgie. — **Traité de pathologie externe.** 3 vol. grand in-8, formant 3114 pages avec 716 figures intercalées dans le texte.
Prix broché, 50 fr. » — Relié en maroquin, 57 fr. 50

POULET (A.). — **Traité des corps étrangers en chirurgie.** *Voies naturelles : tube digestif, voies respiratoires, organes génito-urinaires de l'homme et de la femme, conduit auditif, fosses nasales, canaux glandulaires.* 1 vol. in-8 de 800 pages, avec 200 gravures intercalées dans le texte................................ 14 fr.

SCHREIBER (J.), ancien professeur libre à l'Université de Vienne, etc. — **Traité pratique de massage et de gymnastique médicale.** 1 vol. in-18, cartonné diamant, de 360 pages, avec 117 figures dans le texte...................................... 7 fr.

TERRILLON (O.), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de la Salpêtrière. — **Leçons de clinique chirurgicale.** Nouvelles applications de la chirurgie aux affections de l'abdomen et des organes génitaux de la femme. 1 beau vol. in-8 de 520 pages, avec figures dans le texte.................. 10 fr.

VAILLARD (L.), professeur agrégé au Val-de-Grâce. — **Manuel pratique de vaccination animale.** Technique, procédés de conservation du vaccin. 1 vol. in-18 cartonné toile, avec figures dans le texte et 2 pl. en couleur hors texte............ 2 fr. 50

VOIES URINAIRES, MALADIES VÉNÉRIENNES & DE LA PEAU

Atlas des maladies des voies urinaires, par F. GUYON, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Necker, et P. BAZY, chirurgien des hôpitaux de Paris, membre de la Société anatomique et de la Société clinique. 2 vol. in-4 contenant 700 pages de texte et 100 planches chromolithographiques dessinées *d'après nature* et représentant les différentes affections des voies urinaires, la plupart de *grandeur naturelle.*

L'ouvrage paraît par livraison de 10 *planches avec le texte correspondant. — Il sera complet en* 10 *livraisons.*

Prix de chaque livraison.............. 12 fr. 50

Le tome 1er (livraisons 1 à 5) est en vente. Un magnifique volume de 400 pages avec 50 planches et table des matières.

En carton, 62 fr. 50. Relié sur onglets en maroquin rouge, tête dorée 70 fr.

BERLIOZ (F.), professeur à l'école de médecine de Grenoble. — **Manuel pratique des maladies de la peau.** 1 vol. in-18, cartonné de 500 pages. 2e édition, revue, corrigée et augmentée. 6 fr.

DELFAU (Gérard), ancien interne des hôpitaux de Paris. — **Manuel complet des maladies des voies urinaires et des organes génitaux.** 1 fort vol. in-18, de 1000 pages, avec 150 figures dans le texte.. 11 fr.

DESNOS (E.), ancien interne des hôpitaux de Paris et de l'hôpital Necker. — **Traité pratique des maladies des voies urinaires,** avec une préface du professeur F. GUYON. 1 vol. in-18 de 1000 pages, avec figures, cartonnage toile, tranches rouges......... 10 fr.

DUNN (Sherwood). — **Nouveau traitement chirurgical des maladies inflammatoires des Reins et des Urethères chez la femme.** In-8 de 150 pages, avec figures dans le texte et une planche hors texte........................... 3 fr. 50

HILLAIRET (J.-B.), médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis, membre de l'Académie de médecine, du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, etc., et GAUCHER (E.), médecin des hôpitaux de Paris, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis. — **Traité théorique et pratique des maladies de la peau.**

Tome Ier : *Anatomie et physiologie de la peau ; Pathologie générale ; Dermatoses inflammatoires communes.* 1 beau vol. gr. in-8 de 670 pages, avec figures dans le texte et 8 planches chromolithographiques hors texte exécutées d'après nature...... 17 fr.

L'ouvrage sera complet en deux volumes : le tome II, qui contiendra 12 *planches hors texte, est actuellement sous presse.*

LANGLEBERT, ancien interne des hôpitaux de Paris. — **Traité pratique des maladies des organes sexuels.** 1 vol. in-18 jésus, cartonné diamant, de 600 pages, avec figures dans le texte. 7 fr.

LANGLEBERT. — **Traité pratique de la Syphilis.** 1 vol. in-18 de 610 pages, cartonné diamant........................ 7 fr.

MOREL-LAVALLÉE, ex-chef de clinique de l'hôpital Saint-Louis, et L. BÉLIÈRES. — **Syphilis et paralysie générale,** avec une préface du professeur FOURNIER. Gr. in-8 de 240 pages.... 5 fr.

RIZAT (A.). — **Manuel pratique et complet des maladies vénériennes.** 1 vol. in-18, cart. de 600 p., avec 24 pl. en couleurs, dessinées et coloriées d'après nature, représentant les différentes affections syphilitiques chez l'homme et la femme. 11 fr.

YVON (P.), ancien interne des hôpitaux de Paris. — **Manuel clinique de l'analyse des urines.** 3e édition, revue et augmentée. 1 vol. in-18, cartonné diamant, de 400 pages, avec figures dans le texte et 8 planches hors texte .... 7 fr.

ACCOUCHEMENTS, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS

AUVARD (A.), accoucheur des hôpitaux de Paris. — **Traitement de l'éclampsie puerpérale.** 1 vol. in-18 de 225 pages. 1889.. 3 fr. 50

BUDIN (P.), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — **Obstétrique et gynécologie.** Recherches expérimentales et cliniques. 1 beau vol. gr. in-8 de 720 p., avec 101 fig. dans le texte et 31 planches lithographiques et en couleur hors texte. 15 fr.

BUDIN (P.). — **Mécanisme de l'accouchement normal et pathologique** et recherches sur l'insertion vicieuse du placenta, les déchirures du périnée, etc., par J. Mattews DUNCAN, président de la Société obstétricale d'Edimbourg. Traduit de l'anglais. In-8 de 520 pages, avec figures intercalées dans le texte.
Broché, 12 fr. — Cartonné, 13 fr.

BUDIN (P.). — **Leçons de clinique obstétricale.** 1 vol. in-8 de 500 pages, avec 116 figures dont 81 tirées en trois couleurs dans le texte........................ .... 12 fr.

CADET DE GASSICOURT, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie. — **Traité clinique des maladies de l'enfance.** Leçons professées à l'hôpital Sainte-Eugénie. 2e édition, revue et corrigée, 3 vol. grand in-8, formant 1800 pages, avec 220 figures... 36 fr.

CORRE (A.). — **Manuel d'accouchement et de pathologie puerpérale.** 1 vol. in-18 de 650 pages, avec 80 figures dans le texte et 4 planches en couleur hors texte.
Broché, 5 fr. — Cartonnage diamant, tranches rouges, 6 fr.

ELLIS (Edward), médecin en chef honoraire de l'hôpital Victoria pour les enfants malades, de l'hôpital de la Samaritaine pour les femmes et les enfants, ancien assistant de la chaire d'obstétrique au collège de l'Université de Londres. — **Manuel pratique des mala-**

dies de l'enfance, suivi d'un formulaire complet de thérapeutique infantile. Traduit de la quatrième édition anglaise par le Dr Waquet, et précédé d'une préface de M. le Dr Cadet de Gassicourt, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie. 1 fort vol. in-18 de 600 pages. 2e édition française, corrigée et augmentée.... 12 fr.

Cartonné diamant........................ 6 fr.

LA TORRE (Dr F.). — **Du développement du fœtus chez les femmes à bassin vicié.** Rech. cliniques au point de vue de l'accouch. prématuré artificiel. 1 vol. gr. in-8, avec tableaux.. 5 fr.

LA TORRE (Dr F.). — **Des conditions qui favorisent ou entravent le développement du fœtus. Influence du Père.** Recherches cliniques. 1 vol. gr. in-8 de 236 pages.. 5 fr.

LAWSON TAIT, président de la Société de gynécologie de Londres, chirurgien de l'hôpital des femmes de Birmingham. — **Traité des maladies des ovaires** suivi d'une étude sur quelques progrès récents de la chirurgie abdominale et pelvienne (enlèvement des annexes de l'utérus. Cholécystotomie, hépatotomie, etc.) Traduit de l'anglais avec l'autorisation de l'auteur, par le Dr Adolphe Olivier, ancien interne des hôpitaux de la Maternité de Paris, membre de la Société obstétricale et gynécologique de Paris, etc. Précédé d'une préface de M. O. Terrillon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux. 1 beau vol. grand in-8 de 500 pages, avec 58 figures dans le texte............... 12 fr.

PLAYFAIR (W.-S.), professeur d'obstétrique et de gynécologie à King's College, président de la Société obstétricale de Londres. — **Traité théorique et pratique de l'art des accouchements,** traduit de l'anglais et annoté par le Dr Vermeil. 1 beau vol. grand in-8, de 900 pages, avec 208 figures dans le texte.......... 15 fr.

RODRIGUES DOS SANTOS, directeur de la Maternité de Rio-Janeiro. — **Clinique obstétricale,** précédée d'une préface de M. A. Pinard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Tome I. Un vol. in-8, de 400 pages, avec 57 figures.................., 10 fr.

ROUVIER (Jules), professeur à la Faculté française de médecine de Beyrouth. — **Hygiène de la première enfance.** 1 vol. in-8 de 625 pages.. 8 fr.

SCHULTZE (B.-S.), professeur de gynécologie à l'Université d'Iéna. — **Traité des déviations utérines,** traduit de l'allemand et annoté par le Dr F.-J. Herrgott, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Nancy. 1 beau vol. in-8 de 470 pages, avec 120 figures dans le texte........................... 10 fr.

SECHEYRON (L.), ancien interne des Hôpitaux et Maternités de Paris. — **Traité d'Hystérotomie et d'Hystérectomie,** par la voie vaginale, précédé d'une préface de M. Péan, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. 1 beau vol. gr. in-8 de 825 pages, avec tableaux. 14 fr.

SINÉTY (L. de). — **Traité pratique de gynécologie et des maladies des femmes.** 2e édition, revue, corrigée et augmentée de près de 200 pages. 1 beau volume in-8 de 1,000 pages, avec 181 figures dans le texte.............................. 15 fr.

TRIPIER (A.). — **Leçons cliniques sur les maladies des femmes. Thérapeutique générale et applications de l'électricité à ces maladies.** 1 vol. in-8, de 600 pages, avec figures dans le texte.. 10 fr.

MALADIES DES YEUX, DES OREILLES, DU LARYNX DU NEZ ET DES DENTS

ABADIE (Ch.), ancien interne des Hôpitaux, professeur libre d'Ophtalmologie. — **Traité des maladies des yeux.** 2e édition, revue et augmentée. 2 vol. in-8 de 500 pages chacun, avec 150 fig... 20 fr.

ABADIE (Ch.). — **Leçons de Clinique ophtalmologique**, recueillies par le Dr PARENTEAU, revues par l'auteur, contenant les découvertes récentes. 1 vol. in-8 de 280 pages............ 7 fr.

ANDRIEU (E.), docteur en médecine de la Faculté de Paris, président de l'Institut odontotechnique de France; président honoraire de la Société odontologique ; professeur de clinique à l'Ecole dentaire de France ; dentiste de l'hospice des Enfants assistés et de la Maternité. — **Traité de prothèse buccale et de mécanique dentaire.** 1 vol. grand in-8 de 600 pages avec 358 figures intercalées dans le texte.. 18 fr.

ANDRIEU (Dr E.), **Traité de Dentisterie opératoire.** 1 vol. grand in-8 de plus de 600 p., avec 400 fig. dans le texte, 1889.... 18 fr.

ANDRIEU (E.). — **Leçons sur les maladies des dents.** 1 vol. grand in-8 de 235 pages .... 7 fr.

ATLAS D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'ŒIL, par les professeurs H PAGENSTECHER et G. GENTH, traduit de l'allemand par le Dr PARENT, chef de clinique du Dr GALEZOWSKI, avec une préface de M. GALEZOWSKI. 1 fort vol. grand in-4, contenant 34 planches sur cuivre d'une splendide exécution, représentant en 267 dessins tous les différents cas d'anatomie pathologique des affections de l'œil.

En regard de chaque planche se trouve le texte explicatif des dessins représentés.

En cart., 90 fr.—Relié sur onglets en maroq. rouge, tête dorée, 100 f.

BERGER (E.), professeur agrégé à l'Université de Graz. — **Anatomie normale et pathologique de l'œil.** 1 vol. grand in-8, avec 12 magnifiques planches hors texte tirées en taille douce, contenant 55 dessins d'une remarquable exécution........ 12 fr.

CHARPENTIER (Aug.), prof. à la Faculté de méd. de Nancy. — **L'examen de la vision au point de vue de la médecine générale.** In-8 de 137 p. avec 15 fig. dans le texte .... 2 fr.

GAILLARD (Dr Georges), lauréat de la Faculté de médecine de Paris, membre de la Société d'anthropologie, secrétaire de la Société odontologique, etc. — **Des déviations des arcades dentaires et de leur traitement rationnel.** 1 vol. in-8 de 200 pages avec 80 figures dans le texte, dessinées d'après nature......... 8 fr.

GUERDER (P.), — **Manuel pratique des maladies de l'oreille.** 1 joli vol. cartonné diamant, de 300 pages.............. 5 fr.

LANDOLT (E.), directeur adjoint au laboratoire d'ophtalmologie à la Sorbonne. — **Manuel d'ophtalmoscopie.** 1 vol. in-18, cartonné diamant avec figures dans le texte. .... 3 fr. 50

LANDOLT (E.). — **Opto-types simples.** Deux cartons réunis ensemble sous enveloppe............................ 1 fr. 50

MASSELON (J.), premier chef do clinique du professeur de Wecker. — **Examen fonctionnel de l'œil.** comprenant : *La Réfraction, Le Choix des Lunettes ; La Perception des couleurs ; Le Champ visuel et le Mouvement des Yeux.* 1 joli vol. in-18 cartonné avec figures dans le texte et 15 planches on couleur et hors texte. 8 fr.

MASSELON (J.). — **Mémoires d'ophthalmoscopie.**

I. CHORIO-RÉTINITE SPÉCIFIQUE. — Grand in-8 avec 12 dessins photographiques d'après nature .... 4 fr.

II. INFILTRATION VITREUSE DE LA RÉTINE ET DE LA PAPILLE, avec 12 dessins photographiques......................... 4 fr.

III. DES PROLONGEMENTS ANORMAUX DE LA LAME CRIBLÉE, avec 12 dessins photographiques......................... 4 fr.

MORELL-MACKENZIE, médecin à l'hôpital des maladies de la gorge et de la poitrino, à Londres, etc. etc. **Traité pratique des maladies du larynx, du pharynx et de la trachée,** traduit de l'anglais et annoté par MM. les Drs E.-J. MOURE et F. BERTHIER. 1 fort vol. in-8 de 800 pages, avec 150 figures ... 13 fr.

MORELL-MACKENZIE. — **Traité pratique des maladies du nez et de la cavité naso-pharyngienne.** Traduit de l'anglais et annoté par les Drs E.-J. MOURE et J. CHARAZAC (de Toulouse). 1 vol. grand in-8 de 450 pages, avec 82 fig. dans le texte. 10 fr.

MOURE (E.-J.). — **Manuel pratique des maladies des fosses nasales.** 1 vol. cartonné diamant, de 300 pages, avec 50 figures et 4 planches hors texte.................................. 5 fr.

POLITZER (A.), professeur d'otologie à l'Université de Vienne. — — **Traité des maladies de l'oreille,** traduit par le Dr JOLY (de Lyon). 1 beau vol. grand in-8 de 800 pages, avec 258 fig. 20 fr.

POYET (G.), ancien interne des Hôpitaux de Paris. — **Manuel clinique de laryngoscopie et de laryngologie.** 1 vol. in-18 cartonné diamant, de 400 pages, avec 50 figures dans le texte et 24 dessins chromolithographiques hors texte...... ... 7 fr. 50

Société française d'ophtalmologie (*Bulletins* et *Mémoires*), publiés par MM. ABADIE, ARMAIGNAC, CHIBRET, COPPEZ, GAYET, MEYER, PANAS, et PONCET.

3e ANNÉE. — 1885. Un beau vol. grand in-8 de 30 pages, avec figures et 8 planches en chromo et on héliogravure hors texte. 10 fr.

4e ANNÉE. — 1886. Un beau volume grand in-8 do 420 pages avec 5 planches en couleur.................................. 10 fr.

5e ANNÉE. — 1887. Un vol. gr. in-8, de 325 pages......... 8 fr.

SOUS (G.). — **Traité d'optique**, considérée dans ses rapports avec l'examen de l'œil. 2ᵉ édition. 1 vol. in-8 de 400 pages, avec 90 figures dans le texte.. 10 fr.

TOMES, professeur à l'hôpital dentaire, membre de l'Institut royal de Londres. — **Traité d'anatomie dentaire humaine et comparée**, traduit de l'anglais et annoté par le Dʳ CRUET, ancien interne en chirurgie des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8 de 450 pages, avec 175 figures dans le texte.................... 10 fr.

VACHER (L.). — **Manuel pratique des maladies des yeux**, 1 vol. de 675 p., avec 120 fig. dans le texte, cart. diam. 7 fr. 50

WECKER (L. de). — **Thérapeutique oculaire**. — Leçons cliniques recueillies et rédigées par le Dʳ MASSELON, revues par le professeur. 1 vol. in-8 de 800 pages, avec figures dans le texte.... 13 fr.

WECKER (L. de). — **Chirurgie oculaire**. Leçons cliniques recueillies et rédigées par le Dʳ MASSELON, revues par le professeur. 1 vol. in-8 de 420 pages, avec 88 figures dans le texte .... 8 fr

WECKER (L. de) et J. MASSELON. — **Échelle métrique pour mesurer l'acuité visuelle, le sens chromatique et le sens lumineux**, 2ᵉ édition, augmentée de planches en couleur. 1 vol. in-8 et atlas séparé, contenant les planches murales. Le tout cartonné à l'anglaise.................................... 8 fr.

WECKER (L. de) et J. MASSERON. — **Opthalmoscopie clinique**. 1 beau vol. in-18 cartonné de 280 pages, avec 40 photographies hors texte représentant, d'après nature, les différentes modifications pathologiques de l'œil.................................. 11 fr.

WECKER (L. de) et J. MASSELON. — **Oftalmoscopia clinica**. Traducedo por REAL gefe de clinica, en el gabeneto oftalmico del professor DE WECKER, 40 *fotographias fuero de texto*.. 13 fr.

HYGIÈNE GÉNÉRALE, MÉDECINE POPULAIRE ET PHILOSOPHIE SCIENTIFIQUE

BINET (A.). — **Études de psychologie expérimentale**, le fétichisme dans l'amour, la vie psychique des micro-organismes, l'intensité des images mentales, le problème hypnotique, note sur l'écriture hystérique. 1 vol. in-12 de 310 p., avec fig. dans le texte... 3 fr. 50

BOURGEOIS (A.), médecin de la garde républicaine. — **Manuel d'hygiène et d'éducation de la première enfance**. 1 vol. in-18 de 180 p.................................... 2 fr.

CORRE (A.). — **Les Criminels**, caractères physiques et psychologiques. 1 vol. in-12 de 412 p., avec 43 fig. dans le texte.. 5 fr.

DUCHESNE (L.) et Ed. MICHEL. — **Traité élémentaire d'hygiène** à l'usage des lycées, collèges, écoles normales primaires, etc. 3ᵉ édition. 1 vol. in-18 de 225 p., cart. toile.................. 3 fr.

GIBIER (P.). — **Le Spiritisme** (Fakirisme occidental). 1 vol. in-18 de 400 p., avec fig. . . . . 4 fr.

GODLESKI (A.). — **La Santé de l'Enfant.** Guide pratique de la mère de famille. 1 joli vol. in-12 de 210 p. . . . . 2 fr. 50

HOVELACQUE (Abel). — **Les débuts de l'humanité. L'homme primitif contemporain.** In-18 de 336 pages, avec 40 figures dans le texte. . . . . 3 fr. 50

LIMOUZIN-LAMOTHE (de Mormant). — **Guide du médecin inspecteur de la première enfance.** Explication de la loi du 23 décembre 1874; son mécanisme, les bons effets qu'on en a obtenus et ceux qu'on est en droit d'en obtenir encore. 1 vol. in-18 de 85 pages . . . . . 1 fr. 50

MEUNIER (Victor), rédacteur scientifique du *Rappel* : **Scènes et types du monde Savant.** 1 vol. in-18 jésus de 400 p. 4 fr.

MONIN (E.), secrétaire de la Société d'hygiène. — **L'Hygiène de la Beauté. Formulaire cosmétique.** 4e mille. 1 vol. in-18, cartonné diamant, de 250 pages . . . . . 3 fr. 50

MONIN (E.). — **L'Hygiène de l'estomac,** guide pratique de l'alimentation. 1 joli vol. in-18 de 400 pages, cartonné diamant, impression de luxe . . . . . 4 fr.

MONIN (E.). — **L'Alcoolisme.** Etude médico-sociale. Ouvrage couronné par la Société de Tempérance, et précédé d'une préface de M. DUJARDIN-BEAUMETZ. 1 vol. in-12 de 308 pages . . . . . 3 fr. 50

MONIN (Dr E.). — **La santé par l'exercice et les agents physiques.** Avec une préface de Ph. DARYL. 1 vol. in-18 carré, broché . . . . . 2 fr.
Cartonné toile . . . . . 2 fr. 50

PICHON (Dr G.), chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Asile Sainte-Anne. — **Les maladies de l'esprit.** Délire des persécutions, délire des grandeurs, délires alcooliques et toxiques; morphinomanie, éthérisme, absinthisme, chloralisme. Etudes cliniques et médico-légales. 1 vol. in-8 carré de 400 p. 7 fr.

PICHON (G.), chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. — **Le Morphinisme.** Habitudes, impulsions vicieuses, actes anormaux, morbides et délictueux des morphiomanes. Un vol. in-18 jésus de 500 pages . . . . . 4 fr.

REZARD DE VOUVES (Dr). — **La Génération** étudiée sur les végétaux, les oiseaux et les animaux, pour la connaître chez la femme. 1 vol. in-12, de 150 pages . . . . . 3 fr.

SOUS (G.), de Bordeaux. — **Hygiène de la vue.** 1 joli vol. in-18 cart. diamant, de 360 p. avec 67 fig. intercalées dans le texte. 6 fr.

TILLIER (L.). — **L'instinct sexuel chez l'homme et chez les animaux,** avec une préf. de J.-L. DE LANESSAN 1 vol. in-18 de 300 pages . . . . . 3 fr. 50

TISSIE (Dr P.). — **L'Hygiène du vélocipédiste.** 1 joli vol. in-18 de 300 p. avec 40 fig. dans le texte, cart. avec fers spéciaux. 3 fr. 50

TOUSSAINT (E.), docteur, inspecteur du service de protection des enfants du premier âge, etc. etc. — **Hygiène de l'enfant en nourrice et au sevrage**, guide pratique de la femme qui nourrit. 1 vol. in-18 jésus de 150 pages.......................... 1 fr. 50

VERON (Eugène). — **Histoire naturelle des Religions.** Animisme. — Religions mères. — Religions secondaires. — Christianisme. — 2 vol. in-18, formant 700 pages................. 7 fr.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE & OUVRAGES ADMINISTRATIFS

AUDET, médecin major à l'Ecole spéciale militaire de Saint-Cyr. — **Manuel pratique de Médecine militaire.** 1 joli vol. in-18, cartonné diamant avec planches hors texte....... ...... 5 fr.

BARNIER, médecin de 1re classe de la marine. **Aide-mémoire du Médecin de la Marine.** In-8 de............ ...... 2 fr. 50

GUARDIA (J.-M.). — **Histoire de la médecine** d'Hippocrate à Broussais et ses succ. 1 vol. in-18 de 600 p., car. diam.... 7 fr.

PERY (G.), bibliothécaire de la Faculté de médecine, officier d'Académie. — **Histoire de la médecine de Bordeaux** et de l'enseignement médical dans cette ville (1441-1888). Publié sous les auspices du Conseil général des Facultés de Bordeaux. Avec sept portraits et deux plans de la Faculté. 1 gros vol. in-8 de 450 p. 12 fr.

PETIT (A.), méd.-major de l'armée. — **Guide du Médecin et du Pharmacien auxiliaires de l'armée**, prog. de l'examen d'aptitude prescrit par le dernier règlement ministériel en date du 25 mai 1886, pour les doct. en médecine, les pharmaciens, les officiers de santé et les étudiants à douze inscriptions (2e édition, rev. et corr.). 1 vol. in-18 de 200 p. avec fig................. 3 fr. 50.

ROBERT (A.), médecin principal, professeur agrégé au Val-de-Grâce, membre correspondant de la Société de chirurgie. — **Traité des manœuvres d'ambulances et des connaissances militaires pratiques**, à l'usage des médecins de l'armée active, de la réserve et de l'armée territoriale. 1 beau vol. grand in-8 de 640 pages avec 253 figures dans le texte................ 13 fr.

RODET (Dr Paul), médecin inspecteur des écoles de Paris. — **Guide de l'étudiant en médecine et du médecin praticien**, contenant les règlements administratifs concernant les aspirants au doctorat et à l'officiat, les étudiants étrangers et les étudiants des écoles secondaires, les concours des facultés, des écoles et des hôpitaux, les services d'aliénation mentale, le service militaire des étudiants, les écoles de médecine militaire et navale, les services médicaux dépendant des administrations publiques et privées. 1 vol. in-18 cartonné, de 500 pages.................. 3 fr. 50

BOTANIQUE

Annuaire de l'Administration des forêts. Tableau complet au 1er février 1888 du personnel de l'Administration des forêts de France et d'Algérie, 1 vol. grand in-8 de 165 pages..... 3 fr. 50

Atlas des champignons comestibles et vénéneux de la France et des pays circonvoisins, contenant 72 planches en couleur où sont représentées les figures de 229 types des principales espèces de champignons recherchés pour l'alimentation et des espèces similaires suspectes ou dangereuses avec lesquelles elles peuvent être confondues, dessinées d'après nature avec leurs organes reproducteurs amplifiés par Charles Richon, docteur en médecine, membre de la Société botanique de France. Accompagné d'une monographie de ces 229 espèces et d'une histoire générale des champignons comestibles et vénéneux, par Ernest Rozé, lauréat de l'Institut, membre de la Société botanique de France, etc. Texte illustré de 62 photogravures des dessins primitifs des anciens auteurs, d'après des reproductions exécutées par Charles Rollet.

L'ouvrage est maintenant complet.

Prix des 2 vol. in-4 en carton.................... 90 fr.
Avec reliure spéciale.......................... 100 fr.

BAILLON (H.), prof. d'hist. naturelle médicale à la Faculté de méd. — **Le jardin botanique de la Faculté de Médecine de Paris.** — Guide des élèves en médecine et des personnes qui étudient la botanique élémentaire et les familles naturelles des plantes. Contenant un résumé de leurs affinités et de leurs propriétés. 1 vol. in-18, cartonné diamant avec un plan du jardin collé sur toile.................................... 5 fr.

BAILLON (H.). — **Iconographie de la Flore Française,** paraissant par séries de 10 planches chromolithographiées (10 couleurs), d'après les aquarelles faites d'après nature sous les yeux de l'auteur. — Le texte explicatif, très complet, est imprimé au verso même des planches. Chaque planche porte un numéro qui n'indique que l'ordre de publication. Un index méthodique et des clefs dichotomiques établissant les séries naturelles suivant lesquelles les espèces doivent être disposées, seront publiées ultérieurement. Le nom des plantes qui appartiennent à la Flore parisienne est accompagné d'un signe particulier (*). Les principales localités des environs de Paris sont indiquées à la fin du paragraphe relatif à l'habitat.

Prix de chaque série de 10 planches avec couverture. 1 fr. 25

L'ouvrage sera publié en 40 ou 50 séries. Les 32 premières séries sont en vente. Il paraît en moyenne une série par mois.

Les 300 premières planches de l'**Iconographie** ont été réunies en trois volumes, cartonnage toile, lettres dorées. M. Baillon, pour ces première centuries, a fait un résumé des plantes qu'elles contiennent ainsi qu'un titre et une courte introduction à l'ouvrage (en tout 36 pages de texte). — On peut se procurer à la librairie le texte en question ainsi que les cartonnages, moyennant **3 francs**.— Pour chaque centurie suivante, un texte analogue sera établi par l'auteur et sera vendu avec un cartonnage semblable, au prix de 1 franc.

BAILLON (H.). — **Traité de Botanique médicale cryptogamique.** *Suivi du Tableau du Droguier de la Faculté de médecine de Paris.* 1 vol. gr. in-8 de 400 pages, avec 370 fig.. 10 fr.

BAILLON (H.). — **Guide élémentaire d'herborisations et de botanique pratique.** Petit vol. avec figures dans le texte. 1 fr.

BLONDEL (R.), préparateur à la Faculté de médecine de Paris. — **Manuel de matière médicale,** comprenant la description, l'origine, la composition chimique, l'action physiologique et l'emploi thérapeutique des substances animales ou végétales employées en médecine, précédé d'une préface de M. DUJARDIN-BEAUMETZ, membre de l'Académie de médecine. 1 gr. vol. in-18, cart., percaline verte, tr. rouges, de 980 p., avec 358 fig. dans le texte. 9 fr.

CRIÉ (Louis), professeur à la Faculté des sciences de Rennes, Dr ès sciences, pharmacien de 1re classe. — **Nouveaux éléments de botanique,** pour les candidats au baccalauréat ès sciences, et les élèves en médecine et en pharmacie, contenant l'organographie, la morphologie, la physiologie, la botanique rurale et des notions de géographie botanique et de botanique fossile. 1 gros vol. in-18 de 1160 pages avec 1332 figures dans le texte.......... 10 fr.

CRIÉ (L.). — **Cours de Botanique** (organographie, familles naturelles), pour la classe de quatrième, et à l'usage des Écoles d'agriculture et forestières et des Écoles normales primaires. 3e *édition.* 1 beau vol. in-18, cartonné, de 500 p., avec 863 fig. dans le texte. 4 f 50

CRIÉ (L.). — **Anatomie et Physiologie végétales** (cours rédigé conformément aux nouveaux programmes), pour la classe de philosophie et les candidats au baccalauréat ès lettres. 2e édition, 1 vol. in-18, cart., de 250 p., avec 230 fig. dans le texte... 3 fr.

CRIÉ (L.). — **Premières notions de Botanique,** pour la classe de huitième et les écoles primaires, 1 vol. in-18, cartonné, de 150 pages avec 132 figures...... .... 2 fr.

CRIÉ (L.). — **Essai sur la Flore primordiale :** ORGANISATION, DÉVELOPPEMENT. — AFFINITÉS. — DISTRIBUTION GÉOLOGIQUE ET GÉOGRAPHIQUE. Grand in-8, avec nombreuses figures dans le texte. 3 fr.

DUJARDIN-BEAUMETZ et EGASSE. — **Les plantes médicinales indigènes et exotiques, leurs usages thérapeutiques, pharmaceutiques et industriels.** 1 beau vol. gr. in-8 de 900 pages, imprimé en deux colonnes avec 1200 figures dans le texte et 40 magnifiques planches en chromo, hors texte, dessinées d'après nature et tirées en 15 couleurs.

Cartonné, percaline verte, tête dorée................ 28 fr.
Broché... 25 fr.

FLUCKIGER, professeur à l'Université de Strasbourg, et HANBURY, membre des Sociétés royale et linnéenne de Londres. — **Histoire des drogues d'origine végétale,** traduite de l'anglais, augmentée de très nombreuses notes par le Dr J.-L. DE LANESSAN, professeur agrégé d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Paris. 2 vol. in-8 d'environ 700 pages chacun, avec 350 figures dessinées pour cette traduction........................ 25 fr.

FORQUIGNON (L.), professeur à la Faculté des sciences de Dijon. — **Les Champignons supérieurs.** PHYSIOLOGIE. — ORGANOGRAPHIE. — CLASSIFICATION. — Avec un vocabulaire des termes techniques. 1 vol. in-18, cartonné diamant, avec 100 figures. 5 fr.

GÉRARD (R.), prof. agrégé à l'école sup. de pharmacie de Paris. — **Traité pratique de micrographie** appliquée à l'étude de la Botanique, de la Zoologie, des Recherches cliniques et des Falsifications. 1 vol. gr. in-8°, cartonné en toile, de 550 pages de texte, avec 300 fig. dans le texte et 40 planches sur cuivre hors texte, contenant plus de 1200 dessins... .. .. 18 fr.

GRIGNON (E.), pharmacien de 1re classe, ancien interne des hôpitaux de Paris. — **Le Cidre.** Propriétés hygiéniques et médicales, composition chimique et analyse du cidre. 1 vol. in-18, av. fig 3 fr. 50

LANESSAN (J.-L. de), professeur agrégé d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Paris. — **Manuel d'histoire naturelle médicale (botanique, zoologie).** 2e édition, corrigée et augmentée. 2 forts volumes in-18 formant 2,200 pages avec 2,050 figures dans le texte, 20 fr. — Cartonné en toile........ 22 fr.

LANESSAN (J.-L. de). — **Flore de Paris** (phanérogames et cryptogames), contenant la description de toutes les espèces utiles ou nuisibles, avec l'indication de leurs propriétés médicinales, industrielles et économiques, et des tableaux dichotomiques très détaillés, permettant d'arriver facilement à la détermination des familles, des tribus, des genres et des espèces de tous les phanérogames et cryptogames de la région parisienne, augmentée d'un tableau donnant les synonymes latins, les noms vulgaires, l'époque de floraison, l'habitat et les localités de toutes les espèces, d'un vocabulaire des termes techniques et d'un memento des principales herborisations. 1 beau vol. in-18 jés. de 950 pag. avec 702 fig. dans le texte.

Prix broché, 8 fr. -- Cartonné diamant, 9 fr.

LANESSAN (J.-L. de). — **Les plantes utiles des Colonies françaises.** Ouvrage imprimé par l'imprimerie nationale. 1 beau vol. grand in-8 de 1000 pages......................... 9 fr.

LANESSAN (J.-L. de). — **Histoire des drogues simples d'origine végétale** 2 vol. in-8 (Voir *Fluckiger et Hanbury*) . 25 fr.

LANESSAN (J.-L. de). **Flore générale des Champignons.** (Voir *Wunsche*).

LORENTZ et PARADE. — **Cours élémentaire de Culture des Bois.** 6e édition, publiée par MM. A. LORENTZ, directeur des forêts au ministère de l'Agriculture, et L. TASSY. 1 beau vol. in-8, de 750 pages, avec une planche hors texte.................... 9 fr.

MARCHAND (Léon), professeur à l'école supérieure de pharmacie de Paris. — **Botanique Cryptogamique pharmaceutico-médicale.** 2 vol. grand in-8, de 500 p., avec de nombreuses figures dans le texte et des planches hors texte dessinées par FAGUET.

Le tome I, qui comprend la 1re et la 2e partie est en vente. Il forme 1 *vol. de* 500 *pages, avec* 130 *figures dans le texte et une planche en taille-douce, hors texte,* prix.......... .... 12 fr.

PORTES (L.), chimiste expert de l'Entrepôt, pharmacien en chef de Saint-Louis et F. RUYSSEN. — **Traité de la Vigne et de ses produits**, précédé d'une préface de M. A. CHATIN, membre de l'Institut, directeur de l'École sup. de pharm. de Paris. 3 forts vol. formant 2250 p. environ, avec 554 fig. dans le texte. 32 fr.

POULSEN (V.-A.). — **Microchimie végétale**, guide pour les recherches phytohistologiques à l'usage des étudiants, traduit d'après le texte allemand par J. Paul LACHMANN, licencié ès sciences naturelles. 1 vol. in-18.. 2 fr.

QUELET (Lucien). — **Enchiridion Fungorum in Europa Media** et præsertim in Gallia vigentium. 1 vol. in-18, cartonnage percaline verte, toile rouge.................................... 10 fr.
Exemplaire interfolié de papier blanc quadrillé........... 14 fr.

QUÉLET (L.). — **Flore mycologique de la France et des pays limitrophes.** 1 fort vol. in-12, de 520 p............ 8 fr.

TASSY (L.), conservateur des forêts. — **Aménagement des forêts.** 1 vol. in-8 de 700 pages. 3e édition très augmentée, 1887. 8 fr.

TASSY (L.). — **État des forêts en France**, travaux à faire et mesures à prendre pour les rétablir dans les conditions normales. Une brochure de 120 pages.................................. 2 fr.
Ce travail est extrait de la 3e édition de l' « Aménagement des Forêts ».

WUNSCHE (Otto), professeur au Gymnasium de Zwickau. — **Flore générale des Champignons.** Organisation, propriétés et caractères des familles, des genres et des espèces, traduit de l'allemand et annoté par J.-L. de LANESSAN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-18 de plus de 550 pages. 8 fr.
Cartonné diamant...................................... 9 fr.

ZOOLOGIE ET ANTHROPOLOGIE

BÉRENGER-FÉRAUD (L.-J.-B.), méd. en chef de la marine. — **La Race provençale.** Caractères anthropologiques, mœurs, coutumes, aptitudes, etc. et ses peuplades d'origine. 1 vol. in-8 de 400 p.. 8 fr.

CORRE (A.), professeur agrégé de l'École de Brest. — **La Mère et l'Enfant dans les races humaines.** In-18 de 300 pages, avec figures dans le texte............................ 3 fr. 50

DICTIONNAIRE DES SCIENCES ANTHROPOLOGIQUES. (Voir aux *Dictionnaires.*)

DUBOIS (E.), professeur à l'École professionnelle de Reims. — **Les Produits naturels commerçables** : *Produits animaux.* 1 vol. in-12 de 360 pages........................ 4 fr.

HUXLEY (Th.), secrétaire de la Société royale de Londres et MARTIN (H.-N.). — **Cours élémentaire et pratique de Biologie**, traduit de l'anglais par F. PRIEUR. 1 vol. in-18 de 400 p. 4 fr.

LANESSAN (J.-L. de), professeur agrégé d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Paris. — **Traité de Zoologie. Protozoaires.**

1 beau vol. gr. in-8 de 350 pages, avec une tablo alphabétiquo, ot 300 figures dans le texte........................ 10 fr.

Le traité de zoologie paraît par volumes ou parties à 300 ou 400 pages, ornés de très nombreuses figures, contenant chacune l'histoire complète d'un ou plusicurs groupe d'animaux, et terminés par une table analytique.

1re partie. — *Les Protozoaires* (paruc).

2e partie. — *Les Œufs et les Spermatozoïdes des Métazoaires. Les Cœlentérés* (sous presse).

3e, 4e et 5e partie. — *Les Vers et les Mollusques.*

6e et 7e partie. — *Les Arthropodes.*

8e, 9e, 10e partie. — *Les Proto-Vertébrés et les Vertébrés.*

LANESSAN (J.-L. de). — **Manuel de Zootomie,** guide pratiquo pour la dissection des animaux vertébrés et invertébrés à l'usage des étudiants en méd., des écoles vétérinaires et des élèves qui préparent la licence ès sciences naturelles, par AUGUST MOJSISOVICS ELDEN VON MOSJVAR, privat-docent de zoologie et d'anatomie comparée à l'Université de Gratz. Traduit de l'allemand et annoté par J.-L. DE LANESSAN. 1 vol. in-8 d'environ 400 pages avec 128 fig... 9 fr.

LANESSAN (J.-L. de). — **Le Transformisme. Évolution de la matière et des êtres vivants.** 1 fort vol. in-18 de 600 pages avec figures dans le texte.............................. 6 fr.

PHILIPPON (Gustave), ex-professeur d'Histoire naturelle au Lycée Henri IV. — **Cours de zoologie, l'homme et les animaux,** rédigé suivant les nouveaux program., pour les lycées et collèges, et à l'usage des Écoles normales primaires. Un joli vol. in-18 cart. toile, de 500 pages, avec 300 figures dans lo texte..... 4 fr. 50

RAY-LANKESTER (E.), professeur de zoologie et d'anatomie comparée à l'« University college » de Londres. — **De l'embryologie et de la classification des animaux.** 1 vol. in-18 de 107 pages, avec 37 figures dans le texte......................... 1 fr. 50

ROCHEBRUNE (A.-T. de), aide-naturaliste au Museum d'histoire naturelle de Paris. — **Iconographie élémentaire du règne animal,** comprenant la figure et la description des types fondamentaux, représentant chacuno des grandes classes zoologiques et de ceux des races domestiques.

Cette publication est en zoologie, ce que la *Flore française* du professeur Baillon est en botanique. Toutefois la complexité de la zoologie a conduit l'auteur à des modifications dont l'importance capitale ne peut échapper et se traduit dès l'apparition même des premières séries. Chaque planche porte un numéro indiquant la place qu'elle doit occuper dans l'ordre méthodique commençant aux vertébrés pour finir aux protozoaires.

Les races domestiques classées suivant cet ordre paraîtront au rang que chacune d'elles doit occuper dans la série animale.

Le texte explicatif imprimé au verso même de chaque planche, comprend la description, l'habitat, les mœurs et l'emploi de chaque animal.

Des généralités relatives aux notions de zoologie pure, d'anatomie, de classification, de distribution géographique, etc., seront données assurément pour être rangées en tête de chacune des classes établies.

Prix do chaque série de dix planches en huit et dix couleurs. 1 fr. 25.

Les séries 1 à 8 *sont en vente* (*octobre* 1889). *L'ouvrage sera publié en* 60 *séries au moins.*

VAYSSIÈRE (A.), maître de conférences à la Faculté des sciences de Marseille. — **Atlas d'anatomie comparée des invertébrés,**

avec une préface de M. F. Marion, professeur à la Faculté des sciences, directeur de la Station zoologique et du Musée d'histoire naturelle de Marseille. 4 fascicules, petit in-4 en carton, contenant chacun 15 planches noires et coloriées, avec le texte correspondant. Prix de l'ouvrage complet.......... .. .. 40 fr.

WAGNER (Moritz). — **De la formation des espèces par la ségrégation**, traduit de l'allemand. 1 vol. in-18..... 1 fr. 50

MINÉRALOGIE ET PALÉONTOLOGIE

JAGNAUX (R.), membre de la Société Minéralogique de France et de la Société des Ingénieurs. — **Traité de Minéralogie appliquée** aux arts, à l'industrie, au commerce et à l'agriculture, comprenant les principes de cette science, la description des minéraux, des roches utiles et celle des procédés industriels et métallurgiques auxquels ils donnent naissance, à l'usage des candidats à la licence, des ingénieurs, des chimistes, des métallurgistes, des industriels, etc. etc. Un très fort volume gr. in-8 de 900 pages, avec 468 figures dans le texte........................ 20 fr.

PORTES (L.), pharmacien en chef de l'hôpital de St-Louis. — **Manuel de minéralogie.** 1 vol. in-18 jésus, cartonné diamant, de 366 pages, avec 66 figures intercalées dans le texte....... 5 fr.

ZITTEL (Karl), professeur à l'Université de Munich, et SCHIMPER (Ch.), professeur à l'Université de Strasbourg. — **Traité de Paléontologie.** Traduit de l'allemand par Ch. Barrois, maître de conférences à la Faculté des sciences de Lille. 3 vol. grand in-8 de 700 à 800 pages chacun avec 1 800 figures dans le texte.

Le tome I. — *Paléozoologie.* 1 vol. in-8 de 770 pages, avec 563 figures dans le texte.............................. 37 fr. 50

Le Tome II. — *Paléozoologie* (fin). — Comprenant les mollusques et les articulés, 900 pages, avec 1 109 fig. dans le texte... 45 fr.

Le Tome III. — *Paléobotanique.* (Sous presse.)

CHIMIE, ÉLECTRICITÉ, MAGNÉTISME ET PHOTOGRAPHIE

ADRIAN, pharmacien de 1re classe. — **Étude sur les extraits pharmaceutiques**, comprenant la description des divers procédés et appareils ayant servi à l'extraction des principes actifs des végétaux et à leur concentration. 1 vol. in-8 de 400 p., avec 107 fig.. 9 fr.

BARDET (G.). — **Traité élémentaire et pratique d'électricité médicale** avec une préface de M. le prof. C. M. Gariel. 1 beau vol. in-8 de 640 p., avec 250 fig. dans le texte... 10 fr.

BARÉTY (A.), anc. interne des hôpitaux de Paris. — **Le Magnétisme animal**, étudié sous le nom de force neurique rayonnante et circulante dans ses propriétés physiques, physiologiques et thérap. 1 vol. gr. in-8 de 640 p., avec 82 fig.............. 14 fr.

BERNHEIM, prof. à la Faculté de médecine de Nancy. — **De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique.** 2e édition, 1 vol. in-18 de 600 p., avec fig. dans le texte. Br., 6 fr., cart. diamant.. 7 fr.

BOUDET DE PARIS, ancien interne des hôpitaux de Paris. — **Électricité médicale.** Études électrophysiologiques et cliniques. 1 vol. gr. in-8, de 800 p., avec de nombreuses fig. dans le texte. Cet ouvrage paraîtra en trois fascicules. Les 1er et 2e fascicules sont en vente, ils forment 500 p. avec 140 fig............ 10 fr.
Le 3e fascicule paraîtra en 1889.

BOUDET DE PARIS. — **La photographie sans appareils** pour la reprod. des dessins, gravures, photographies et objets plans quelconques. In-8, avec 10 pl. hors texte en hélio-grav. 3 fr 50

CHASSAING (E). — **Étude pratique de la Pepsine.** 1 vol. in-12 de 170 pages cartonné.. 3 fr.

CHASTAING (P.), prof agrégé à l'École sup. de pharmacie de Paris, et E. BARILLOT. — **Chimie organique.** Essai analytique sur la détermination des fonctions. 1 vol. in-18 de 290 p......... 4 fr.

DUTER (E.), agrégé de l'Université, docteur ès sciences physiques, professeur de physique au lycée Louis-le-Grand. — **Cours d'électricité** rédigé conformément aux nouveaux progr. 1 vol. in-18, cart. toile, de 280 p., avec 200 fig. dans le texte... 3 fr. 50

EGASSE (E.). — **Manuel de photographie** au gélatino-bromure d'argent. 1 vol. in-18, cartonné toile........................ 3 fr.

GARIEL (C.-M.), prof. à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, ingénieur en chef des Ponts et chaussées. — **Traité pratique d'électricité,** comprenant les applications aux *Sciences* et à l'*Industrie*, et notamment à la *Télégraphie*, à l'*Éclairage électrique*, à la *Galvanoplastie*, à la *Physiologie*, à la *Médecine*, à la *Météorologie*, etc. etc. 2 beaux vol. gr.in-8, formant 1,000 p. avec 600 fig. dans le texte. Ouv. comp. 24 fr.

FONTAN (J.), professeur à l'École de Toulon, et Ch. SEGARD, chef de clinique à la même école. — **Éléments de médecine suggestive.** *Hypnotisme et suggestion*, 1 vol. in-18 de 320 p ... 4 fr.

GRAHAM (professeur). — **La chimie de la panification,** traduit de l'anglais. 1 vol. in-18...... .... 2 fr.

HÉTET, pharmacien en chef de la marine, professeur de chimie à l'École de médecine navale de Brest. — **Manuel de chimie organique** avec ses applications à la médecine, à l'hygiène et à la toxicologie. 1 vol. in-18 de 880 p., avec 50 fig. dans le texte. Broché, 8 fr. — Cartonné.............................. 9 fr.

HUGUET (R.), ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris, professeur de chimie à l'École de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand, pharmacien en chef des hospices. — **Traité de Pharmacie théorique et pratique.** 1 vol. gr. in-8, cart., de 1230 pages, avec 430 fig. dans le texte................. 18 fr.

JAGNAUX (R.), professeur de chimie à l'Association philotechnique, membre de la Société Minéralogique de France, et de la Société des ingénieurs civils, etc. — **Traité de chimie générale analytique et appliquée.** 4 vol. gr. in-8, formant 2200 p., avec 800 fig. dans le texte, et 2 pl. en couleur, hors texte....... 48 fr.

JAGNAUX (R.). — **Traité pratique d'analyses chimiques et d'essais industriels,** méthodes nouvelles pour le dosage des substances minérales, minerais, métaux, alliages et produits d'art, à l'usage des ingénieurs, des chimistes, des métallurgistes, etc. 1 vol. in-18 de 500 p., avec fig........................ 6 fr.

LIÉBEAULT (A.). — **Le sommeil provoqué et les états analogues.** 1 vol. in-18 de 340 p........................... 4 fr.

LIÉGEOIS (J.), prof. à la Faculté de droit de Nancy. — **De la Suggestion et du Somnambulisme** dans leurs rapports avec la jurisprudence et la médec. légale. 1 beau vol. in-12 de 760 p. 7 fr. 50

MATHET (L.). — **Étude théorique et pratique, sur les procédés iso-chromatiques ou ortho-chromatiques.** 1 vol. in-18 de 40 p., avec 3 pl. hors texte.................... 2 fr. 50

MONANGE, prép. à la Faculté de méd. de Paris. — **Les Drogues chimiques,** d'après le droguier de la Faculté. 1 vol. in-18 de 280 p.................... .... 3 fr.

OCHOROWICZ (J.)., anc. prof. agrégé à l'Université de Lemberg. — **La Suggestion mentale.** 2e édit. 1 vol. in-18 jésus de 500 p. 5 fr.

PATEIN, pharmacien en chef de Lariboisière, docteur ès sciences. — **Manuel de physique médicale et pharmaceutique.** 1 fort vol. in-18 de 800 p., avec 400 fig. Prix : Br., 7 fr. Cartonné diamant.. 8 fr.

ROSSIGNOL (A.), prof. de photographie. — **Manuel pratique de photographie.** 2 vol. in-18 d'environ 300 p., avec de nombreuses fig. dans le texte, et 3 pl. photog. hors texte..... 8 fr.

SKEPTO. — **L'Hypnotisme et les Religions.** — La fin du merveilleux, 2e édition. 1 vol. in-18 de 300 p............. 2 fr. 50

YUNG (Émile), Privat-Docent à l'Université de Genève. — **Le Sommeil normal et le Sommeil pathologique,** magnétisme animal, hypnotisme, névrose hystérique. 1 vol. in-18.. 2 fr. 50

Tours, imp. Deslis Frères.



